

ПРАКТИЧНЕ КЕРІВНИЦТВО

Олег Романчук

Г
Гіперактивний

Р
Розлад з
Дефіцитом

Д
Уваги
у дітей

У



лікарям
психологам
педагогам



видання
навчально-
реабілітаційного
центру
„Джерело”

ПРАКТИЧНЕ КЕРІВНИЦТВО

Олег Романчук

**Гіперактивний
Розлад з
Дефіцитом
Уваги
у дітей**

видання
навчально-реабілітаційного
центру "Джерело"



Художник: Алла Марковська. В художньому оформленні обкладинки використані кадри мультфільму «Як Петрик П'яточкін слоників рахував» (Київнаукфільм).

Літературний редактор: Наталя Тодчук

Комп'ютерний набір: Христина Литвин

Комп'ютерна верстка: Андрій Василів

© О.Романчук, 2008

Книга присвячена одному з найпоширеніших поведінкових розладів дитинства – гіперактивному розладу з дефіцитом уваги. В ній синтезовано сучасні наукові знання та практичний досвід допомоги дітям із цим розладом. Велику увагу присвячено аналізу сучасних знань щодо природи розладу, його етіології, патогенезу та клінічної картини. Детально висвітлені питання діагностики та терапії – зокрема допомоги батькам дітей із ГРДУ, розглядаються підходи в системі освіти та питання медикаментозної терапії. Книга спростовує поширені міфи щодо цього одного з найбільш досліджених дитячих розладів та пропонує цілісну модель допомоги дітям із ГРДУ та їхнім сім'ям, яка базується на сучасних наукових знаннях. Дану модель представлено з огляду на можливість її інтеграції в українську суспільну реальність – книга відображає також практичний досвід роботи програми для дітей з поведінковими розладами навчально-реабілітаційного центру «Джерело» (Львів).

Книжка призначена для широкого кола фахівців – педагогів, психологів, лікарів та загалом усіх, хто цікавиться проблематикою психічного здоров'я дітей, вихованням та навчанням дітей з особливими потребами.

РЕКЛАМНО-МИСТЕЦЬКА АГЕНЦІЯ

КРЕО

Дизайн та друк:

Рекламно-мистецька агенція «Крео»

тел.: 238-88-00.

ISBN 978-966-553-712-0

*«Майбутнє наших суспільств
залежить від того, яку увагу ми
приділяємо проблемі психічного
здоров'я наших дітей сьогодні...»*

*Ахмед Окаша
президент Всесвітньої асоціації психіатрії*

ВСТУП

Кожна дитина приходить у цей світ іншою. І ми не можемо вплинути на те, якою саме вона народиться – ми можемо лише співпрацювати з природою, щоб дозволити кожній дитині розвинутися відповідно до її потенціалу і до її внутрішньої таємниці. І у цьому, мабуть, найважче завдання для батьків та усіх тих дорослих, які відповідають за виховання дитини – розпізнати в дитині її особливі задатки, таланти, її внутрішню програму розвитку – і підтримати дитину на її дорозі до Життя. Це завдання нелегке – адже кожна дитина є справді неповторно іншою і, як хтось влучно пожартував, на відміну від побутової техніки діти приходять у сім'ї без інструкції з експлуатації. Втім, навіть якби були такі інструкції, чи можна виховати, виростити дитину "по книжці", чи можуть чиїсь рецепти замінити інтуїтивне відчуття дитини у щоденній неповторності життя та стосунків?

Це завдання є особливо нелегким щодо дітей, про яких ітиметься у цій книжці – ці діти багато в чому є "інші" і мають свої особливі потреби. Ці діти часто створюють особливі виклики та випробування для батьків, учителів та зрештою всіх, хто живе поруч з ними. Згадую одну маму, педагога за освітою, яка зізналася про свої труднощі у вихованні "гіперактивного" сина: "Я справляюся в школі з класами, де є по тридцять шість дітей. Але з сином не спрацьовує уся моя педагогіка і психологія. Він – особливий".

Цих дітей називають по-різному – гіперактивними, імпульсивними, розгальмованими, можна навести ще цілий спектр медичних діагнозів, які їм ставили впродовж усіх етапів розвитку дитячої психіатрії. Зараз експерти зупинилися на терміні

гіперактивний розлад із дефіцитом уваги (ГРДУ, або ж англійською – Attention Deficit Hyperactivity Disorder – ADHD), іншим синонімом є гіперкінетичний розлад. Але, зрештою, чи суть у тих етикетках, які можна причепити до цих дітей? Чи не значно важливішим є *розуміння* цих дітей – у їхніх спільних особливостях і неповторній індивідуальності, у їхньому прагненні до зростання та самореалізації, але також і тих загрозах та небезпеках, які можуть перешкодити їхньому повноцінному розвитку. Ми потребуємо розуміти цих дітей і їхні особливості, щоби допомогти їм на їхній дорозі... Але насамперед, мабуть, ми потребуємо вірити в них, вірити, що вони, як і кожна дитина, приносять із собою в цей світ щось унікально важливе і цінне, що своїм життям вони, як і кожна людина, покликані зробити цей світ гарнішим і щасливішим... А тому, щоби сповнити свою місію, вони потребують любові та мудрого виховання, підтримки та допомоги з боку дорослих.

Мабуть, усі ми бодай частково знайомі з цими дітьми завдяки хлопчикові з обкладинки книги – відомому персонажеві дитячого мультфільму Петрикові П'яточкіну. У нього присутні типові ознаки цього розладу – він гіперактивний, перебуває у безперервному русі і, за словами виховательки з того ж мультфільму, "напевно в цьому хлопчику, як у пухнастім зайчику, захована незвичная стрибучая пружина". Саме через цю надмірну активність Петрик створює постійні проблеми довкола себе: він збиває відро сусідці, батьки мусять постійно його контролювати, щоби він кудись не утік, у садку він усе перевертає і не піддається контролю та керуванню. У Петрика присутня також і імпульсивність, типова для дітей з ГРДУ, – побачивши на протилежному боці вулиці песика, – він, не думаючи, не озираючись, не зважаючи на небезпеку і порушуючи правила, перебігає вулицю. А ще – очевидні проблеми з увагою – захоплений грою, виховательку хлопчик просто не чує... Мультфільм блискуче точно вказує на те, що може допомогти Петрикові – мудрий педагогічний підхід, який базується на

любіві, терпеливості, розумінні. Втім, на жаль, у житті зміни настають не так швидко, як у мультфільмі – і стають наслідком довготривалого, послідовного виховання...

У мультфільмі Петрик П'яточкін є безумовно позитивним персонажем і викликає симпатію. І це правда: діти з ГРДУ мають багато позитивних рис – вони, як і Петрик, часто є щирі, безпосередні, доброзичливі, енергійні, втім, у їхній поведінці є й багато такого, що створює проблеми для оточуючих і для них самих. Саме через ці особливості поведінки ці діти часто зустрічаються з негативними реакціями оточуючих, відкиненням, осудженням, нерозумінням. І саме тому повноцінний розвиток цих дітей, їхня майбутня самореалізація знаходиться під загрозою. Тому і мета цієї книжки – допомогти зрозуміти цих дітей та досвід сімей, у яких вони виховуються – щоби підтримати і допомогти, щоби, зрештою, ці діти могли віднайти себе у цьому світі і щоб їхнє життя відбулося у найглибшому сенсі цього слова...

Мабуть, тому найкраще буде розпочати цю книжку з декількох історій реальних дітей, що відвідували програму для дітей з поведінковими розладами центру "Джерело". Ці історії є запрошенням увійти у світ дітей із ГРДУ – світ чимось і схожий в усіх цих історіях, але водночас і неповторний...

Сашко – мрійник. Його фантазія летить із швидкістю світла. Мама розповідає, що її син постійно щось вигадує – і одразу ж намагається втілити свої фантазії у життя: від гри в Тарзана до побудови космічного корабля. Але, на жаль, багато важливих справ, насамперед шкільні домашні завдання, Сашко не закінчує, залишає на півдорозі – там, де робота малоцікава, хлопцю часто не вистачає наполегливості. Втім і сам Сашко, а не лише його фантазія, летить на найвищих швидкостях – змалечку він у постійному русі: скаче, бігає, не може всидіти на одному місці, усе перевертає. У школі це створює справжні проблеми: на уроках вовтузиться, крутиться, може встати з місця без дозволу, залізти під парту. Попри те, на уроці часто

розсіяний, неуважний, може сам до себе говорити вголос, співати. Це тішить дітей, але аж ніяк не вчителів: із двох шкіл батьків попросили забрати Сашка за постійні зриви уроків...

Історія Ігора багато в чому схожа: у нього теж гіперактивність та порушення уваги, і теж "шкільні" проблеми – за п'ять років навчання хлопчик змінив п'ять шкіл. Усюди за "зриви уроків", "бійки" та "хуліганство". З останньої школи Ігора виключали за колективною "петицією" батьків однокласників. Особлива проблема Ігора – він не контролює свої почуття: змалечку, як щось було не так – "істерики", приступи "люті"; як у школі його хтось "зачепить" – вибухає, немов вулкан, чи то на уроці, чи на очах у директора... "Але в душі він не є злий, – каже мама. – Він так само буде нестримно добрий, якщо його щось зворушить. Він може зі співчуття та зворушення віддати усі свої кишенькові гроші старенькій бабці, що жебрає. Я нещодавно плакала, то він так щиро мене потішав..." У Ігора також багато труднощів у стосунках із батьками: "До нього по тридцять разів треба говорити, щоби послухався і зробив те, що просиш; і взагалі, усе робить під настрій, ми через те часто конфліктуємо..."

Зараз Ігор перебуває вдома на "індивідуальній навчальній програмі", поки батьки шукають нову школу. Він не має друзів у дворі. Там із нього люблять насміхатися і "провокувати", знаючи його запальну вдачу. Він переважно сам сидить удома. Любить готувати їсти. На психотерапевтичній групі для дітей розповідає, що, як виросте, стане або боксером ("я наб'ю тих, хто прозиває мене психопатом"), або кухарем ("відкрию свою піцерію"). А коли серія групових зустрічей завершилася і діти символічно показували жестом, що хочуть подарувати один одному на прощання, Ігор показав жестом особливий дарунок – своє серце...

Юля любить малювати. Вона малює свої книжки і придумує історії. Майже усі вони про дівчинку та її друзів – лісових звірів. Малювання настільки захоплює дівчинку, що вона може

довго бути зосередженою і тихою. А на уроках дівчинка переважно розсіяна і неуважна. Її успішність у школі дуже непомітна. Вчителька часто скаржиться, що Юля на уроках "не працює", "десь літає у своєму світі". "Те саме з домашнім завданням, – каже мама. – Я мушу сидіти над нею і постійно нагадувати їй: зосередься, будь уважна. І я знаю, що вона може, вона просто не хоче. Юля немов мала дитина – хоче робити лиш те, що їй приємне і не розуміє поняття "треба". Я безмежно втомлена від того, що кожного дня мушу по чотири години робити з донькою домашні завдання – у мене таке враження, що це я вчуся у школі..."

Моторна гіперактивність у Юлі виражена незначно, натомість вона "гіпербалакуча" – говорить справді дуже багато, у спілкуванні і з дітьми, і з дорослими дуже безпосередня і щира. Юліна потреба говорити значно утруднює їй здатність слухати – дівчинка перебиває, хоче сказати своє і не дає можливості висловитися іншим. Можливо, саме через це у неї мало друзів. "Зі мною не хочуть товаришувати, – зізнається Юля. – Вони сміються з мене і кажуть, що я хвора на голову..."

У Андрія усмішка, яка обеззброїть кожного. Він наче двійник Петрика П'яточкіна – добрий, щирий, відкритий і "невинно неслухняний". Так само, як Петрик, Андрій у безперервному русі – мріє стати гонщиком. Не у снах, але в реальності він хоче поїхати до Африки, де, крім слоненят, хотів би побачити й усіх інших звірів і взяти участь в автоперегонах через Сахару. Доброта Андрія безмежна – зі слів мами "він віддасть останню сорочку", а улюблена справа – то допомагати людям. А його найбільша трудність – то погана "самоорганізація" – він постійно все губить, забуває, не встигає. "Я немов його особистий асистент із організації часу, – усміхається мама. – Повсякчас мушу все нагадувати, перевіряти, контролювати." Від його "дезорганізованого та хаотичного" стилю життя, здається, найбільше потерпає старший брат, який зізнався мамі, що, як виросте, хотів би жити окремо від Андрія...

У хлопця також проблеми в школі з поведінкою на уроках і не тільки. Його щоденник списаний зауваженнями. Втім, класний керівник говорить про Андрія не без симпатії: "Він дуже незорганізований, галасливий, із ним весь час трапляються якісь пригоди. Але водночас добрий і співчутливий. Коли я сказала Андрієві, як я втомилася робити йому зауваження, то щиро зізнався: "Даріє Олексіївно, ви зрозумійте, я чесно вам кажу, я хочу бути чемним, дуже хочу, але щось мене не пускає..."

Захар також гіперактивний й імпульсивний. І в нього теж багато проблем "у світі людей". І також немає друзів, постійні зауваження за поведінку, тиск на маму з вимогою забрати дитину з "престижної" школи. Захар любить динозаврів і ботаніку. І він, на відміну від більшості гіперактивних хлопчаків, які типово хочуть стати гонщиками, хоче стати ботаніком. "З рослинами легше, ніж із людьми," – стиха зітхає він. А ще малює тата з крилами. Я питаю, чому з крилами. Відповідає: "Бо тато зараз далеко і я хочу, щоб він якнайшвидше прилетів до нас..."

А от удома в Захара значних проблем немає. "Так, він надто активний, так, мені треба його контролювати і допомагати з уроками більше, ніж доньці, але назагал він дуже добрий, допомагає мені по дому, хоч іноді й треба з ним трохи строгіше. Ми друзі з ним. Він моя опора, бо чоловік зараз далеко на заробітках. І мене мій син цілком влаштовує, хоч я і розумію, що він може не завжди влаштовувати інших..."

Юліан теж з "племені гіперактивних". Його батьки розлучилися і він живе з бабцею. Їй, старенькій, важко керувати ним... От вона і сварить його цілий час і чортиком називає – а що бабця віруюча, то водить його до екзорцистів, щоб "вигнали сатану з душі". І над восьмирічним хлопцем моляться ченці – і сам він уже не знає, хто він і чому він такий. І згадується оте: "як п'ять разів назвеш собаку свинею, на шостий захрокає" – Юлько вже, здається, досить свідомо починає грати роль чорти-

ка – робити усе навпаки, збиткувати... Тільки чортик той більше схожий на оте добродушне чортеня №13 з відомого мультфільму – у ньому стільки доброти і щирості, він готовий у будь-якій ситуації кинутися на допомогу, поділитися, поспівчувати. Прощаючись наприкінці консультації, дивлюся в очі хлопцю і кажу: "Я бачу, що то тільки зверху костюм чортика, а там всередині ангелик" – хлопець ніяковіє і усміхається...

Батьки Ростика прийшли на консультацію в розпачі. "У нас у сім'ї постійні крики. Наш Ростик некерований. Він робить, що хоче. Він безвідповідальний. Егоїст. Він нас дурить. Виносив із дому гроші, щоби купувати друзям чіпси. Він нас не поважає. Грубіянить. Не хоче вчитися. Він постійно все ламає і нищить." У розповіді батьків відчувається велике напруження і втома, чи то навіть відчай... "Він у нас один і ви розумієте, ми уже до стількох фахівців зверталися, нам ніхто не може ні пояснити, що з ним, ні порадити, як допомогти. Можливо, ми погані батьки, робимо щось не так?" За якийсь час на одній із наступних консультацій мама зізнається: "Я просто не витримую. Я люблю його, але його поведінка перетворює мене у звіра. Мені уже вкотре уночі сниться сон, що я його вбиваю. Мені страшно..."

А Ростик наче клоун – навіть на консультації він усе перетворює в жарти. Його усмішка, міміка, жести виповнені артистизму та театральної довершеності досвідченого артиста цирку. І то не дивно – адже в школі цілий час "репетиції та виступи". Це, здається, єдиний спосіб, який хлопець віднайшов для того, щоби привернути до себе увагу однокласників та посісти своє місце в колективі. Проте його несерйозність явно лише на поверхні. В розмові наодинці він сказав: "Я – хронічне розчарування для усіх. Я якийсь не такий, у мене якісь мозги дурні". І дав дивовижну відповідь на тестове запитання про три мрії: "Не розливати молоко. Не злити маму. Не злити тата." А коли виросте, хоче стати як тато – таксистом-гонщиком...

А Тарас не хоче виростати, щоби кимось стати. "Я хочу перетворитися у крижану бурульку. Щоби розтанути – і щоби ніхто не зміг би мене віднайти..."

Ця книжка написана з мрією, що Тарас, Сашко, Юля та багато інших дітей не захочуть перетворюватися у бурульку, а будуть щасливо рости і з часом стануть гарними людьми. Що їхні добрі мрії будуть здійснюватися, а їхні таланти розкриватися та реалізовуватися. Що вони зможуть за життя намалювати не один щасливий малюнок, знайти друзів і, зрештою, своє місце у цьому світі. Бо вони є не тільки дітьми, які створюють особливі труднощі, вони є також дітьми з особливими здібностями та багатьма позитивними рисами. Без їхньої радості та любові до життя, невичерпного ентузіазму та безпосередності цей світ буде тьмяніший і бідніший, у ньому не вистачатиме чогось дуже гарного... Втім, без належної підтримки їхні позитивні якості можуть не розкритися, а життя – не відбутися. Ці діти потребують розуміння та допомоги. Потребують вони. Потребують також і їхні батьки. І саме про це книжка – як розуміти цих дітей і як допомогти їм на їхній дорозі до Життя...

ЧАСТИНА ПЕРША.
ПРИРОДА ГРДУ

*“Першим і найважливішим кроком у
допомозі дітям з ГРДУ є розуміння
природи цього розладу.”*

Samuel Goldstein

ЩО ТАКЕ ГРДУ?

Насамперед варто відзначити, що це поліморфний клінічний синдром, головними проявами якого є порушення здатності дитини контролювати та регулювати свою поведінку, що виявляється моторною гіперактивністю, порушенням уваги та імпульсивністю. На слові поліморфний хочеться наголосити особливо, оскільки насправді немає двох однакових дітей із ГРДУ і цей розлад має багато облич та широкий спектр можливих проявів.

Це нейропсихіатричний розлад – тобто його причиною є особливості будови та функціонування головного мозку, а не, згідно з поширеними міфами, погане виховання, алергічна дієта і т.п. Справжньою причиною є або генетичні фактори (у переважній частині випадків), або перинатальне ураження центральної нервової системи. Саме тому ГРДУ є розладом розвитку і його прояви присутні з раннього дитинства, вони «вбудовані» в темперамент дитини, а не є чимось тимчасово шкідливим. У цьому ГРДУ відрізняється від «епізодичних» психіатричних розладів, як-от, наприклад, депресії, посттравматичного стресового розладу та інших.

Це розлад, а не просто «невинні» особливості темпераменту дитини. Про розлад говоримо тому, що такі риси, як гіперактивність, імпульсивність та порушення уваги *виражені невідповідно до віку* розвитку дитини, і ці риси *приводять до серйозних порушень функціонування дитини* в основних сферах життя.

Цей пункт потребує особливих пояснень, оскільки такі риси, як моторна активність, неуважність, імпульсивність є нормальними для дітей (особливо в дошкільному та молодшому шкільному віці), а в дітей із так званим «активним» темпераментом ці

риси виражені особливо. Втім, якщо це лише особливості дитини, які в цілому не створюють для цих дітей та їхнього оточення особливих проблем – ані в сім'ї, ані в школі, ані в середовищі ровесників і не призводять до порушень поведінки, навчання, соціального розвитку дитини, то не йдеться про ГРДУ. У цьому аспекті стає зрозуміло, що ГРДУ є крайнім проявом спектру «активного» темпераменту, при якому гіперактивність, імпульсивність та порушення уваги виражені настільки сильно, що значно утруднюють навчання, соціальну адаптацію та в цілому психологічний розвиток дитини. Це є особливою характеристикою ГРДУ як психіатричного розладу, оскільки, на відміну від багатьох інших психічних розладів, які проявляються аномальною поведінкою (як-от, наприклад, галюцинації при шизофренії), ГРДУ є швидше спектральним розладом, крайнім вираженням континууму активного темпераменту і проявляється надмірно вираженими проявами відносно нормальної поведінки. Це створює певні труднощі у діагностиці, особливо при легших формах ГРДУ, адже межа між нормою і патологією є дуже умовною... У цьому ГРДУ можна порівняти з іншими «спектральними» медичними розладами, як-от, зокрема, з ожирінням – межа між тим, де є нормальна вага, де надмірна, а де ожиріння як хвороба, є доволі умовна, втім, реальність ожиріння як хвороби не можна знецінити чи заперечити.

Ця особливість ГРДУ як спектрального розладу, що межує з нормальними проявами поведінки, також дає і певну можливість дестигматизації цих дітей – і дозволяє представляти батькам і дітям цей розлад не як психіатричний діагноз-етикетку, що вказує на їхні «дефективність» та «анормальність» (в українському суспільстві стигматизація осіб із психіатричними розладами, на жаль, є дуже поширеною), а радше як розлад, що є продовженням спектру активного темпераменту, при цьому, звісно, не применшуючи ані реальності розладу та пов'язаних із ним проблем, ані важливості вчасного та ефективного втручання.

Тому ГРДУ є справді розладом розвитку і його можна порівняти з іншими розладами розвитку, як-от, наприклад, розумовою відсталістю. При ній рівень інтелектуального розвитку дитини є нижчим, ніж у ровесників і це призводить до труднощів із соціальною адаптацією, самостійністю та ін. Дорослішаючи, дитина з розумовою відсталістю набуває нових знань, її рівень інтелектуального функціонування підвищується, але все одно залишається нижчим у порівнянні із ровесниками. У схожий спосіб ГРДУ є розладом розвитку імпульс-контролю або ж здатності головного мозку до організації та самоконтролю поведінки. Відповідно, з віком у дітей із ГРДУ ця здатність також покращується, але все одно залишається нижчою, ніж у ровесників. Згідно з даними останніх досліджень (їх детальніший аналіз див. у розділі про етіологію розладу) у дітей із ГРДУ наявне сповільнене дозрівання функцій лобної кори. Дослідження показали, що їхній мозок розвивається згідно тих же особливостей та закономірностей, що і у ровесників, тільки дозрівання функцій лобної кори іде повільніше. При більш легких формах ГРДУ (а їх близько 30-40% від загальної кількості) до підліткового віку ці діти наздоженуть своїх ровесників, у решті ж випадків діти з ГРДУ матимуть ознаки порушеного самоконтролю і в дорослому віці.

Спектральність ГРДУ викликала також і різні тенденції у дитячій психіатрії щодо охоплення тих меж спектру, які можна, власне, називати розладом. Існує дві найбільш поширені діагностичні класифікації DSM-IV та МКХ-10, які дещо по-різному підходять до діагностики ГРДУ. Межі DSM-IV є ширшими і включають також і ті легші форми розладу, коли присутні лише епізоди порушення уваги, або ж лише гіперактивності-імпульсивності. Відповідно, у цій системі існує три підвиди ГРДУ: комбінована форма, форма з домінуючим порушенням уваги та з домінуючою гіперактивністю-імпульсивністю.

Критерії МКХ-10 є більш вузькими, строгими (в цій системі як синонім ГРДУ вживається термін гіперкінетичний роз-

лад) і охоплюють лише ті важчі форми розладу, які відповідають комбінованій формі ГРДУ за DSM-IV.

Зважаючи на ширину охоплення, не дивно, що в клінічній практиці система DSM-IV використовується частіше, адже вона дозволяє ідентифікувати і застосовувати клінічно важливі втручання і при легших формах ГРДУ, а ці умовно «легкі» форми, тим не менше, можуть супроводжуватися серйозними вторинними проблемами та призводити до значних порушень функціонування дитини в основних сферах життя.

Втім, питання існування підтипів ГРДУ, їх етіопатогенетичної та прогностичної відмінності перебуває на сьогодні у фокусі наукових досліджень і найближчим часом це призведе, можливо, до нового розуміння природи розладу та його поліморфності, а також і можливих змін у системі класифікації.

Наразі ж важливо усвідомлювати, що суть діагностичних етикеток не в тому, щоби їх «начіпляти» на дітей, перестаючи при цьому бачити індивідуальну особу у її неповторності, а у тому, щоби мати змогу розуміти особливості цієї дитини та знати, як їй допомогти у подоланні труднощів.

Діагностичні критерії ГРДУ/гіперкінетичних розладів за міжнародною класифікацією хворіб (МКХ-10, ВООЗ, 1999)

F90. Гіперкінетичні розлади

Ця група розладів характеризується раннім початком, поєднанням надмірно активної та погано регульованої поведінки з вираженою неувважністю, відсутністю наполегливості при вирішенні завдань. При цьому ці поведінкові характеристики проявляються в усіх ситуаціях і є постійними в часі. Вважається, що конституційні особливості є основоположними у генезі цих розладів. <...>

Гіперкінетичні синдроми завжди виникають рано в процесі розвитку (звичайно у перші 5 років життя). Їх головними характеристиками є недостатня наполегливість у діяльності, що потребує когнітивних зусиль, і тенденція переходити від одного заняття до іншого поряд із погано органі-

зованою, слабо регульованою надмірною активністю. Ці труднощі звичайно зберігаються і в шкільному віці, і часто в дорослому, але у багатьох хворих спостерігається поступове покращення в плані активності та уваги.

З цими розладами можуть бути поєднані і деякі інші порушення. Гіперкінетичні діти часто імпульсивні, діють не подумавши, схильні до нещасних випадків і до поведінкових проступків, але не так через усвідомлене, виключне, як через ненавмисне, необдумане порушення правил. У своїх стосунках із дорослими вони часто є соціально розгалуженими, у них відсутня типова для більшості дітей обережність і стриманість. Часто інші діти ставляться до них негативно, відповідно, вони можуть бути соціально ізольованими. <...>

Діагностичні вказівки:

Кардинальними ознаками, необхідними для діагнозу, є порушення уваги та гіперактивність, причому вони повинні проявлятися більше, ніж в одній сфері життя дитини (для прикладу, вдома, в школі, у лікарні). Порушення уваги проявляється передчасним припиненням завдань, часто завдання залишаються незавершеними. Діти часто міняють одне заняття на інше, втрачаючи цікавість до одного заняття через те, що відволікаються на інше (хоча в умовах лабораторного тестування порушення уваги звичайно не виявляється). Ці дефіцити наполегливості та уваги варто діагностувати лише тоді, коли вони виражені невідповідно до віку дитини та коефіцієнта її інтелектуального розвитку.

Гіперактивність передбачає надмірну нетерпеливість, особливо в ситуаціях, що потребують відносного спокою. Це може проявлятися бігом, стрибками, підстрибуваннями з місця, крутінням, коли потрібно сидіти, надмірною галасливістю, балакучістю. Судження про те, що ця активність є надмірною, робиться на основі її невідповідності до очікуваної в даній ситуації для дітей того ж віку та рівня інтелектуального розвитку. Ця поведінкова особливість проявляється особливою мірою в структурованих, організованих ситуаціях, що потребують високого ступеня самоконтролю поведінки.

Повинні бути присутні як гіперактивність, так і порушення уваги, при цьому вони повинні бути присутні більш ніж у одній сфері життя дитини.

Супутні клінічні характеристики, необов'язкові для діагнозу, але такі, що підтверджують його: розгальмованність у соціальних стосунках, надмірно ризикована поведінка в ситуаціях, коли існує небезпека і потрібна певна обережність; імпульсивне порушення соціальних правил (прикладом може бути схильність перебивати інших, втручати-ся в розмову, трудність чекати своєї черги, тенденція давати відповіді на питання перше, ніж їх закінчили) – все це типові характеристики цих дітей. <...>

Характерні проблеми поведінки повинні мати ранній початок (у віці до 6 років) і тривати довший час. <...>

Підсумок

- ❑ Основними проявами ГРДУ є гіперактивність, порушення уваги та імпульсивність
- ❑ При ГРДУ ці симптоми виражені невідповідно до віку і призводять до значних порушень функціонування дитини в основних сферах життя.
- ❑ ГРДУ є спектральним розладом і являє собою крайні ступені континууму «активного» темпераменту та нормальних особливостей поведінки дітей.
- ❑ З метою точної діагностики та диференціювання ГРДУ і нормальної поведінки застосовуються діагностичні системи з чітко окресленими критеріями.
- ❑ Дві основні діагностичні системи DSM-IV та МКХ-10 децю по-різному охоплюють спектр цього розладу: перша більш широко, а друга вужче і включає, відповідно, лише більш важкі форми цього розладу.

ГРДУ — ОГЛЯД ПРОБЛЕМИ

У 2004 році Всесвітня асоціація дитячої та підліткової психіатрії та суміжних професій (IACAPAP) визнала ГРДУ проблемою №1 у сфері охорони психічного здоров'я дітей та підлітків. І це може здаватися дивним, адже якщо для нас діти з ГРДУ – це всього лише милий у своїй «нечемності» Петрик П'яточкін із мультфільму, якому достатньо один раз усвідомити наслідки своїх вчинків і його поведінка виправиться – то важко збагнути, чому проблеми «Петриків» набирають такої ваги... Ґрунтовні наукові дослідження останніх десятиліть, як і накопичений клінічний досвід змусили відійти від багатьох попередніх уявлень про ГРДУ – зокрема, як про розлад виключно дитячого віку, який у цілому не створює жодних серйозних проблем, так що й узагалі ще невідоме, чи треба його класифікувати як розлад. Можливо, саме з таких уявлень походили поширені поради батькам чекати, поки «дитина переросте» і «лишити його в спокої – просто хлопчисько потребує руху». Факти, достовірність яких уже ніхто не ставить під сумнів, оскільки вони підтверджені не одним дослідженням і не в одній країні, змушують переосмислити важливість проблеми ГРДУ і діяти.

Для початку – статистичні дані щодо епідеміології розладу. Згідно з ними, ГРДУ є одним із найпоширеніших поведінкових розладів у дітей. За широкими критеріями DSM-IV поширеність ГРДУ становить за даними різних досліджень від 3 до 20% (див. огляд у Goldstein, 1998, с. 67-71), офіційний показник у самій DSM-IV – 3-5%. Тобто щонайменше кожна тридцята дитина має ГРДУ, а це реально означає, що у кожному класі загальноосвітньої школи є принаймні одна така учениця чи учень. Навіть за строгішими критеріями МКХ-10 по-

ширеність розладу залишається за даними різних досліджень не нижчою ніж 1.5% (Taylor et al, 2004). За офіційними даними 2002 року Центру контролю та попередження захворювань у США 7% дітей у віці від 6 до 11 років мали ГРДУ – разом 1.623 мільйона дітей! Тому не дивно, що в США, для прикладу, ГРДУ є головною причиною звернень до дитячих психіатрів. Причому статистичні дані щодо поширеності ГРДУ в різних країнах відрізняються дуже мало – відхилення в межах 1-2% (Barkley, 1996, с. 61-66). Втім, на жаль, попри таку поширеність, цей розлад часто діагностується невчасно, невірно або ж загалом не виявляється – а відповідно велика частина дітей не отримує вчасної і належної допомоги. Зокрема Taylor (2004, с. 9) зазначає, що у багатьох європейських країнах показник ГРДУ у офіційних звітах є близький до нуля, що реально говорить про неналежне діагностування цього розладу.

ГРДУ не є виключно розладом дитячого віку – адже у більшості дітей він не минає (хоча прояви і дещо змінюються), і узагальнено припускається, що близько 3-5% дітей і 2-3% дорослих мають ГРДУ (Barkley, 1996). Тобто реально, згідно з даними досліджень, більша частина дітей, що мають ГРДУ, будуть мати його і у підлітковому (70-80%) та дорослому віці (50-65%) (Barkley, 1996, с. 114-125). Це справді пожиттєвий розлад – якоюсь мірою ми можемо прирівняти його до пожиттєвої неповносправності, як-от ДЦП чи розумова неповносправність, лиш із тією відмінністю, що неповносправність дитини з ГРДУ є більш невидимою. Хоча ці діти мають реальні, біологічно обумовлені труднощі керування та організації власної поведінки впродовж усього життя, зазвичай існує великий опір в оточуючому їх середовищі до саме такого сприйняття цих дітей. Частіше проблемна поведінка пояснюється не з огляду на неповносправність дитини, а на її злу волю чи неналежне виховання в сім'ї.

Пожиттєвий характер цього розладу, та «невидима неповносправність», яку він спричиняє, можуть призводити за відсут-

ності належного розуміння, підтримки та компетентної допомоги до серйозних вторинних наслідків. Однією з головних причин визнання ГРДУ проблемою №1 дитячої психіатрії є те, що цей розлад, на жаль, дуже часто невірно діагностується і невірно лікується на всій земній кулі. А без належної допомоги у несприятливому середовищі ГРДУ може каталізувати негативні психологічні реакції, сприяти розвитку в дитини негативної самооцінки, порушувати її соціальну адаптацію, викликати вторинні психіатричні захворювання (Sandberg, 2002; Weiss, 1999; Barkley, 1996; Goldstein, 1998).

Наявність у дитини ГРДУ значно підвищує ризик виникнення вторинних проблем, таких як:

- ❑ Проблеми з шкільною успішністю та поведінкою у школі;
- ❑ Проблеми з антисоціальною поведінкою та кримінальними діями, приналежністю до антисоціальних угруповань — як у дитинстві, так і в підлітковому та дорослому віці;
- ❑ Проблеми у міжособистих стосунках, соціальна ізоляція — як у дитинстві, так і в дорослому віці;
- ❑ Проблеми з психічним здоров'ям — значно підвищений ризик багатьох психічних розладів у дітей та дорослих з ГРДУ, зокрема таких, як зловживання/ узаалежнення від психоактивних речовин, тривожні розлади, розлади настрою, особистості та ін.
- ❑ Проблеми з ризикованою поведінкою — як наслідок, люди з ГРДУ, зокрема у підлітковому та дорослому віці значно частіше стають «продюсерами» та жертвами нещасних випадків, дорожньо-транспортних пригод, у них підвищений ризик незапланованої підліткової вагітності, зараження венеричними хворобами і т.п.

Це, звісно, лише короткий огляд окремих можливих труднощів. Надалі прогноз розвитку дитини з ГРДУ буде проаналізований детальніше.

Зрозуміло, що ціна цих вторинних розладів для дитини, її сім'ї та суспільства в цілому є дуже високою. Варто зазначити, що більшість із цих вторинних проблем не є вироком для дитини і вони піддаються терапії, або ж навіть більше – їх можливо попередити за умови вчасної, компетентної допомоги. І така допомога є, адже ГРДУ є і одним із найбільш досліджених поведінкових розладів (на жаль, Україна досі перебуває у певній інформативній ізоляції від досягнень світової науки), якому присвячено тисячі наукових статей, десятки монографій, на тему якого проводяться численні конференції, симпозіуми та ін.

На основі великої кількості досліджень та накопиченого клінічного досвіду розроблено сучасні, науково обґрунтовані протоколи терапії, яка у випадку грамотного застосування допомагає значно зменшити вираженість симптомів розладу і попередити вторинні ускладнення – і таким чином загалом покращити прогноз життя сім'ї, дитини та суспільства.

За належної підтримки діти з ГРДУ можуть мати щасливе, повноцінне майбутнє. Впровадження програм допомоги таким дітям на суспільному, державному рівні є надзвичайно важливою справою, адже це може справді зменшити чимало суспільних проблем і на майбутнє оздоровити психічне здоров'я суспільства в цілому... І тому саме в цьому місці хочеться повернутися до слів Ахмеда Окаші з епіграфу: «Майбутнє наших суспільств залежить від того, яку увагу ми приділяємо проблемі психічного здоров'я наших дітей сьогодні...»

Важливість проблеми ГРДУ пов'язана також і з багатьма спекуляціями та міфами довкола цього розладу, які можуть значно утруднювати вчасне виявлення та ефективну допомогу. «Циркулювання» цих міфів та багатьох суперечливих псевдонаукових спекуляцій як у мережі Інтернет, так і в громадській свідомості призводить до спантеличення батьків та фахівців і часто до застосування псевдонаукових методів лікування, на які безрезультатно витрачається час, енергія та фінансові ресурси сім'ї.

Одним із найпоширеніших міфів є цілковите заперечення ГРДУ як реальної проблеми. Часто батькам доводиться чути, у тому числі і від фахівців, що цей розлад насправді «нічого страшного, із віком минеться» або ж «то насправді ніякий не діагноз, ви прикриваєтеся ним, проблема криється у вихованні». Насправді у більшості випадків дитина ГРДУ не переростає, і легким він не є з огляду на поступове нагромадження вторинних проблем. Пасивне чекання призводить лише до втрати цінного часу для допомоги, адже що раніше втручання – то воно ефективніше. Походження цього міфу може бути частково пов'язане зі змішанням понять активного темпераменту та ГРДУ. Як згадувалося вище і про що буде детальніше говоритися далі, діти з активним темпераментом не такою мірою гіперактивні, неухважні та імпульсивні, щоб це призводило до значних порушень функціонування дитини в основних сферах життя – і звичайно вони є добре адаптовані і в школі, і в сім'ї, і в середовищі ровесників. Основною ж характеристикою дітей з ГРДУ є надмірне і невідповідне до віку вираження гіперактивності, неухважності та імпульсивності, що призводить до дезадаптації з вторинними порушеннями навчання, соціальних стосунків і т.д.

Інший міф висуває версію, що батьки неправильно виховують дитину і тут потрібно більше строгості, а деколи порада є більш конкретною – «паска чи різки». Так, неадекватне застосування батьками дисципліни (як у бік авторитарної, надмірно жорсткої, так і надто м'якої та непослідовної) може посилювати проблемну поведінку дітей з ГРДУ і сприяти виникненню вторинних проблем – зокрема опозиційної та антисоціальної поведінки, але само по собі батьківське виховання не є причиною ГРДУ, природа якого є біологічна. А фізичне насильство як метод дисципліни взагалі протипоказане, стосовно і цих дітей, і усіх загалом. Утім, шкідливою є вихідна звинувачувальна позиція щодо батьків, адже вона аж ніяк не підтримує їх у спільному з фахівцями пошуку розв'язку про-

блем, а лише поглибить недовіру до останніх і додасть батькам без того часто присутнього почуття провини.

Інше звинувачення може бути скероване вже на саму дитину. Мовляв, «із неї нічого не буде, вона за характером зла, лінива, невідповідальна та егоїстична, вона така є за натурою, її не зміниш; у нього в генах закладено, що з нього бандит виросте і т.п.» І тоді батькам залишається хіба опустити руки, чи то звинувачувати один одного, в кого вона така вдалася; чи в інтернат віддавати... І тут, можливо, батькам просто необхідно знати, що, хоча причини розладу біологічні і їх не зміниш, та прогноз розвитку дитини, її майбутнє у першу чергу залежать від факторів психосоціальних, а насамперед – від батьків.

Інший міф стосується методів лікування. В Україні, на жаль, медицина ще тільки переходить на обґрунтовані науковими дослідженнями протоколи терапії, що базується на наявності підтверджених доказів ефективності тих чи інших методів. А тому й лікування ГРДУ в Україні часто відповідає стандартам ще 50-річної давності: заспокійливі ліки (які насправді у менших дозах швидше розгальмовують дітей з ГРДУ або ж у більших –пригнічують когнітивні функції), ноотропні та нейрометаболічні препарати (ефективність яких при ГРДУ не доведена), уже не кажучи про різні «парамедичні» та псевдонаукові методи. Втім, психостимулянтів та атомоксетину, які застосовуються в усьому світі як препарати «першої лінії», в Україні наразі нема, як і обмаль фахівців, які компетентно застосовують поведінкову терапію та навчають її батьків та учителів дитини – а саме це є основним дієвим методом допомоги дітям з ГРДУ.

Міфічність розладу пов'язана і з історично зумовленою великою кількістю назв, яку мав цей розлад: постенцефалітний розлад поведінки, мінімальна мозкова дисфункція, синдром психомоторної розгальмованості, розлад дефіциту уваги, гіперкінетичний розлад, ГРДУ і т.д. Сьогодні ведеться дискусія про те, що термін ГРДУ також не до кінця вірно відобра-

жає суть розладу, головною проблемою якого є не так сама гіперактивність чи неуважність, як біологічно обумовлений розлад розвитку самоконтролю, і, можливо, з накопиченням нового розуміння природи ГРДУ відбудеться і перехід до нової назви розладу. Втім, така велика кількість назв, зрозуміло, заплутує часом і батьків, і фахівців. А якщо врахувати, що наука часом рухається вперед значно швидше, ніж соціальна свідомість, то опір новим підходам до діагностики, термінології та стратегій терапії може мати свої корені не так в інформаційній ізоляції, як у певному ментальному консерватизмі.

Інший міф, який стосується ГРДУ, полягає в тому, що це розлад виключно хлопців. І варто зазначити, що хоча серед дітей, батьки яких звертаються за психіатричною допомогою, співвідношення хлопців до дівчат є дійсно значно вищим на користь перших – в середньому від 9:1 до 6:1, то дані епідеміологічних досліджень в популяції школярів показують, що різниця у поширеності цього розладу у хлопців та дівчат насправді є значно меншою – до 3:1 (детальний огляд даних досліджень на цю тему див. Barkley, 1996, с. 65-66). Причиною такої відмінності між клінічними та неклінічними вибірками вважають дещо відмінну презентацію ГРДУ в хлопців та дівчат і значно більшу вираженість вторинних поведінкових проблем у формі насамперед агресивної поведінки у хлопців. Натомість у дівчат більш виражені так звані інтерналізовані вторинні ускладнення у формі заниженої самооцінки, депресії, тривожних розладів. Отож у дівчат ГРДУ значно частіше, ніж у хлопців, не виявляється і не лікується, оскільки цей розлад виявляється у них не так у легкій, як, радше, в іншій формі. Про це детальніше йтиметься далі.

Найпоширеніші міфи про ГРДУ:

- ГРДУ є насправді не розладом, а штучно створеною проблемою, яка не вимагає жодних терапевтичних втручань.
- ГРДУ є наслідком поганого виховання з боку батьків.

- ГРДУ є проявом вродженого «злого» (лінивого, егоїстичного і т.п.) характеру дитини, який неможливо змінити.
- Діти з ГРДУ виростуть «психопатами» і злочинцями.
- ГРДУ є виключно дитячим розладом і дитина його «переростає».
- ГРДУ зустрічається виключно у хлопців.

ГРДУ назагал є розладом, який виявити нелегко з огляду на чимало факторів. Труднощі вчасного виявлення ГРДУ пов'язані насамперед із поліморфністю цього розладу – він має багато облич і масок, його клінічна презентація є дуже різною. ГРДУ є також розладом із великим показником коморбідності, тобто наявності супутніх психіатричних розладів. За даними досліджень щонайменше у 70% дітей з ГРДУ наявний мінімум ще один супутній психіатричний розлад (Pliszka, 1998; Gillberg et al, 2004). Часто власне цей розлад виходить на перший план, маскуючи саму симптоматику ГРДУ. Отож ГРДУ є певним клінічним викликом для фахівців і вимагає високого рівня компетенції для грамотної діагностики та терапії.

Варто також зазначити, що це розлад, який суттєво впливає на життя сім'ї. За даними досліджень рівень стресу, який переживає сім'я, де росте дитина з ГРДУ, є значно вищим, ніж у контрольній групі і наближається до такого при інших формах неповносправності у дитини, як-от аутизму, розумової відсталості та ін. (Breen et al, 1988; Mash et al, 1983). У батьків дітей з ГРДУ є підвищений ризик розвитку депресії, є часто занижена самооцінка себе як батьків, подружні конфлікти довкола питань дисципліни та виховання дітей (Lahey et al, 1988; Biederman et al, 1986). Отож сім'я дитини з ГРДУ потребує підтримки та допомоги, і, власне, насамперед від сімейних факторів та ефективності партнерства між батьками та фахівцями залежить можливість втілення терапевтичних втручань та прогноз життя дитини.

Отож, гіперактивний розлад із дефіцитом уваги таки, мабуть, недаремно визнаний проблемою №1 у сфері охорони психічного здоров'я дітей та підлітків...

Підсумок

- ❑ ГРДУ визнаний у 2004 році Всесвітньою асоціацією дитячої та підліткової психіатрії та суміжних професій проблемою №1 у сфері охорони психічного здоров'я дітей та підлітків.
- ❑ ГРДУ є найпоширенішим психічним розладом у дітей, його поширеність за даними різних досліджень у середньому становить приблизно 3-5% у дітей шкільного віку.
- ❑ ГРДУ є хронічним розладом і у 70-80% дітей з ГРДУ симптоми розладу будуть присутні і в дорослому віці.
- ❑ За умов невчасної та неадекватної допомоги ГРДУ може призводити до серйозних вторинних ускладнень: шкільної дезадаптації, порушень психологічного розвитку дитини, значних поведінкових та соціальних проблем – як у дитинстві, так і в дорослому віці.
- ❑ ГРДУ є одним із найбільш науково досліджених психічних розладів, щодо якого розроблено ефективні стратегії та методи терапії. За належної допомоги та підтримки діти з ГРДУ можуть мати щасливе, повноцінне майбутнє.
- ❑ Втім, дуже часто ГРДУ не діагностується і велика частина дітей із цим розладом не отримує належної допомоги.
- ❑ Довкола ГРДУ існує багато міфів та псевдонаукових спекуляцій, які утруднюють вчасне виявлення та ефективну терапію.

ПРИЧИНИ ГРДУ

ГРДУ є розладом неоднозначним і етіологічно. Якщо декілька десятиліть тому причиною ГРДУ в основному вважали фактор органічного ураження центральної нервової системи і відповідно вживався діагноз мінімальна мозкова дисфункція, то сьогодні з розвитком молекулярної генетики з'являється все більше доказів на користь того, що у більшості випадків ГРДУ є розладом генетичної природи і пов'язаний зокрема з генами, що відповідають за регулювання обміну та активності двох нейротрансмітерів – дофаміну та норадреналіну.

Отож розглянемо поступово різні гіпотези та докази на їх підтвердження чи заперечення.

Першою в історичному контексті була гіпотеза про те, що причиною ГРДУ є ураження головного мозку у ранньому віці і, зокрема, як наслідок інтра- та перинатальної гіпоксії, запальних процесів, метаболічних порушень (зокрема фенілкетонурії), дії токсичних речовин (отруєння свинцем, наслідки хіміотерапії у ранньому віці та ін.). Щодо локалізації уражень, ідеться в першу чергу про ураження лобної кори та підкірки (базальних гангліїв зокрема). Сучасні дослідження підтверджують те, що такою може бути етіологія ГРДУ в незначній частині випадків. Зокрема свій огляд досліджень, присвячених цій темі, Barkley підсумовує висновком, що імовірно лише у незначній частині дітей фактор органічного ураження центральної нервової системи є причиною ГРДУ (1996, с. 95-105).

І доказом цього (детальний аналіз даних досліджень щодо етіології див. також Goldstein, 1998, с. 199-226) є те, що у частини дітей з ГРДУ в анамнезі є фактор перинатального гіпоксично-ішемічного ураження центральної нервової системи;

частота розладу є значно вищою у дітей, що народилися недоношеними та з малою на гестаційний вік масою тіла (причому чим більший ступінь недоношеності, тим вищий ризик), а також у дітей, що перенесли енцефаліт, менінгіт, черепно-мозкову травму у ранньому дитинстві. Вживання матір'ю алкоголю/нікотину під час вагітності також пов'язане з підвищеним ризиком ГРДУ у дитини. Доказами дисфункції лобної кори як етіологічного фактора є також і схожість симптомів ГРДУ з синдромом ураження лобної доли у дорослих та у приматів, а також наявність «мінімальних» органічних структурних дефектів, що виявляються в частини дітей з ГРДУ (при комп'ютерній томографії та ядерно-магнітному резонансі), та даних інструментальних досліджень, які виявляють знижену активність (дані позитронно-емісійної томографії) та морфофункціональну незрілість з ознаками кірково-підкіркової дисфункції (дані електроенцефалографії). Втім, хоч ці ознаки і виявляються у дітей з ГРДУ частіше, вони не є специфічними для цього розладу і в значній частини дітей з ГРДУ відсутні взагалі, що змушувало дослідників висувати інші гіпотези щодо етіології розладу.

Наступною науково підтвердженою гіпотезою стало припущення про те, що ГРДУ пов'язаний із порушенням обміну двох нейротрансмітерів – дофаміну та норадреналіну, які задіяні у передачі нервових імпульсів, зокрема у системі лобна кора – підкірка (базальні ганглії) – лімбічна система. Основним доказом цього був факт високої клінічної ефективності медикаментів, що діють на систему дофаміну та норадреналіну. Зокрема психостимулянти – ліки, що специфічно діють на ці нейротрансмітерні системи, – призводять до вираженого зменшення симптомів ГРДУ у 70-90% дітей з цим розладом. Задіяність цих двох нейротрансмітерних систем доведена і дослідями на тваринах, які показали, що штучне блокування рецепторів дофаміну у лобній корі в часі раннього розвитку ЦНС призводить до «ГРДУ»-подібного синдрому. Останнім підтвердженням задіяності нейротрансмітерів стало виділен-

ня специфічних генів, що виявляються у дітей з ГРДУ, і докази того, що ці гени, власне, і відповідають за обмін вищезгаданих нейротрансмітерів (Asherson, 2004).

Втім, ще до бурхливого розвитку молекулярної генетики протягом останніх десятиліть існували вагомі докази спадкової природи ГРДУ. Зокрема, дослідження родичів дітей з ГРДУ (Biederman et al, 1986) показали, що у батьків та рідних братів/сестер цих дітей частота розладу становить близько 25-35% (тобто в 5-7 разів частіше, ніж у середньому в популяції). Індекс конкордатності у близнят становить за даними різних досліджень від 51 до 80%, тоді як у двійнят – близько 33% (див. огляд досліджень у Asherson, 2004). Підвищена частота ГРДУ і в родичів «другого ступеня». Порівняльні дослідження дітей з ГРДУ, що були усиновлені, також показали, що у їх біологічних батьків, на відміну від прийомних, був підвищений показник поширеності ГРДУ.

Останніми доказами генетичної природи розладу, яку на даний момент вважають основною в більшості випадків ГРДУ, стало виявлення конкретних генів, які значно частіше виявляються у дітей із цим розладом. Це насамперед гени, які відповідають за систему дофаміну та норадреналіну (зокрема ген дофамін-транспортери /DAT1 – 10 алель/, ген D4 дофамінового рецептору /DRD4 – 7 алель/, гени адренорецепторів /ADRA2A та ADRA2C/, гени моноамінооксидази А та катехолметилтрансферази. Втім, як і для більшості сучасних психіатричних розладів з генетичною природою, ГРДУ є полігенним розладом: тобто його спричиняє, найбільш імовірно, комбінація генів, а не один ген, а тому в різних дітей з ГРДУ будуть і різні комбінації генів. Це пояснює клінічно поліморфну картину розладу, існування різних ступенів важкості та підтипів ГРДУ, а також високу частоту наявності коморбідних розладів, значна частина яких, імовірно, також має генетичну природу.

Важливо також зазначити, що цілий ряд гіпотез щодо причин ГРДУ не знайшли свого наукового підтвердження. До них

відносимо такі, що пов'язували ГРДУ з впливом інвазії гельмінтів на ЦНС, дієти, багатой вуглеводами та харчовими добавками, вестибулярну та гормональну дисфункцію, патологічні форми виховання в сім'ї/ розлади батьківства.

Важливо також згадати, що епідеміологічні дослідження показали, що присутність ГРДУ у дитини статистично пов'язана з певними характеристиками сім'ї дитини, але ці фактори, імовірно, є не етіологічними, а наслідками чи супутніми проблемами ГРДУ у батьків, а саме: низький соціально-економічний рівень сім'ї; мама, що не має вищої освіти; одинока мама; недостатній медичний догляд під час вагітності та інші (Barkley, 1996, с. 109).

Отож на сьогодні можна стверджувати, що ГРДУ є етіологічно поліморфним розладом, при якому щонайменше два фактори – генетичний та органічного ураження ЦНС або ж їх комбінації – є причиною розладу. Причому генетичний фактор, імовірно, є основним у переважній більшості випадків, хоч і сама генетична форма ГРДУ обумовлюється також різними комбінаціями генів, отож так само є поліморфною. Втім, спільна клінічна картина ГРДУ обумовлена при такій різній етіології кінцевим наслідком дії етіологічних факторів – порушенням функції лобної кори та її регулюючого впливу на базальні ганглії та лімбічну систему. Власне, у цій системі *лобна кора – базальні ганглії – лімбічна система* нейротрансмітери дофамін та норадреналін відіграють основну роль у передачі нервових імпульсів.

Попри те, що причини ГРДУ – біологічні, основні модулюючі фактори, які впливають на прояви ГРДУ, психологічний розвиток дитини, імовірність вторинних ускладнень, на прогноз дитини в цілому, є психосоціальними – і вони можуть відігравати як протективну, захисну, ресурсну роль, так і, на жаль, психотравматичну. До цих факторів належать у першу чергу характеристики сім'ї дитини, якість її стосунків з рідними, характеристики педагогів, соціального середовища ровесників,

школи (Barkley, 1996). Велику роль відіграє також наявність ефективних програм допомоги дітям з ГРДУ та їхня доступність. ГРДУ, як і будь-який розлад, є біопсихосоціальним розладом за своєю природою і саме комплексна взаємодія біологічних факторів, індивідуальних психологічних характеристик дитини та її соціального середовища визначає динаміку розвитку дитини та її прогноз. Тому і допомога дітям з ГРДУ повинна бути біопсихосоціальною і спрямованою на всі фактори, щоби максимально досягти бажаного результату – позитивної самоактуалізації дитини з ГРДУ...

Підсумок

- ГРДУ є етіологічно поліморфним розладом.
- Органічне ураження центральної нервової системи та генетично обумовлені порушення функцій нейротрансмітерних систем дофаміну та норадреналіну є на сьогодні єдиними гіпотезами, які знайшли наукове підтвердження.
- У переважній більшості випадків ГРДУ генетичні фактори відіграють основну етіологічну роль.
- Групу ризику щодо ГРДУ становлять діти, які народилися недоношеними чи з малою на гестаційний вік масою тіла, чиї матері вживали алкоголь чи курили під час вагітності, діти з перинатальним гіпоксично-ішемічним ураженням ЦНС та діти, що мають близьких родичів із ГРДУ.
- Кінцевим наслідком дії етіологічних факторів є порушення функції лобної кори та її регулюючого впливу на базальні ганглії та лімбічну систему – в цьому патогенетична суть розладу.
- Етіологічний поліморфізм визначає клінічний поліморфізм ГРДУ з різними ступенями важкості, підтипами та можливими коморбідними розладами.
- ГРДУ є біопсихосоціальним розладом, при якому головні етіологічні фактори є біологічними, а основні прогностичні – психосоціальними.

ПАТОГЕНЕЗ ТА СИМПТОМАТИКА ГРДУ

Як згадувалося у попередньому розділі, ГРДУ є розладом, який умовлюється біологічно детермінованою недостатньою зрілістю функцій лобної кори півкуль головного мозку. Саме така концепція ГРДУ як розладу самоконтролю розроблена Barkley і представлена у його ґрунтовній монографії на цю тему «ГРДУ та природа самоконтролю» (Barkley, 1997), а також у пізнішому керівництві «ГРДУ: посібник по діагностиці та терапії» (Barkley, 2006).

Функції лобної кори полягають насамперед у загальному контролі та організації поведінки людини (це так звані виконавчі або ж ексекютивні функції). Лобна кора є свого роду «центральною командним пунктом», який на основі аналізу та синтезу інформації приймає рішення і дає керівництво до дії (Fuster, 1997). Дитина не народжується із зрілими виконавчими функціями – звичайно з мірою вікового, біологічного дозрівання головного мозку та набутого досвіду «якість» цих функцій постійно зростає, що проявляється усе більшою здатністю людини керувати своєю поведінкою, почуттями, бажаннями; вирішувати складні ситуації, приймаючи продумані рішення, ставити цілі та вибудовувати план їх досягнення і відповідно втілювати такий план.

Якщо ми подивимося на поведінку малої дитини, то побачимо, що нею майже повністю керують фактори навколишнього середовища і дитина діє «імпульсивно», не осмислюючи наслідків своїх дій, правил і т.п. Якщо маленька дитина чогось хоче – вона негайно прагне це отримати і відповідно діє. Якщо маленькій дитині в існуючій ситуації щось неприємне – вона з усіх сил намагається цього уникнути. Поведінку малої дитини, можна сказати, повністю визначає те, що є «тут і те-

пер» і, відповідно, приємні чи ні якості цього досвіду. Саме тому поведінка малих дітей є такою мінливою, ми можемо сказати, що не вони визначають свою поведінку, а вона є реакцією на те, що діється в навколишньому середовищі. Саме тому і поведінкою маленьких дітей відносно легко керувати за умови, якщо мати чим їх зацікавити, на що переключити увагу, «заговорити» їх, перескерувати на щось нове та цікаве.

Втім, поступово із віком, набуттям досвіду та біологічним дозріванням кори головного мозку поведінка дитини міняється, розвивається усе більша здатність свідомо керувати своєю поведінкою, а не лише імпульсивно реагувати на зовнішні стимули. Дитина набуває здатності перш, ніж реагувати, зупинитися і осмислювати найкращий варіант своєї реакції і продумано діяти. Ця здатність лобної кори тимчасово пригальмовувати імпульси перед тим, як діяти, є дуже важливою. Вона дає дитині (і дорослій людині) час, необхідний для того, щоби пов'язати існуючу ситуацію з минулим досвідом, а також зазирнути у майбутнє, щоби спрогнозувати віддалені наслідки своїх дій. Цей час дає дитині і можливість згадати правила та свої головні цілі, а також пов'язати свої дії з очікуваннями інших людей, осмислити можливий вплив своїх дій на них. У такий спосіб із дорослішанням (а це передбачає і надбання певного соціального досвіду, а не лише біологічне дозрівання) поведінка дитини стає все менш імпульсивною і все більш керованою та організованою згідно з її цілями, її внутрішніми цінностями, пріоритетами, соціальною відповідальністю тощо. Дитина поступово набуває здатності до самомотивування, самокерування власною поведінкою. Це зовсім не означає, що «імпульси» зникають і що з якогось віку імпульсивність у поведінці повністю минає: за певних обставин поведінка дорослих може бути імпульсивною і відповідно в чомусь «дитячою» (наприклад, втома, алкогольне сп'яніння, сильні емоції, сильні «спокуси» і т. п.).

Дозрівання виконавчих функцій лобної кори пов'язане також зі здатністю планувати свою поведінку – тобто ставити

цілі, розробляти план втілення, концентруватися на завданні і втілювати цей план, не відходячи від внутрішніх «директив», протистояти «спокусам» робити щось інше чи не робити запланованого, дотримуватися часових графіків і т.д. До цього ж можна віднести і здатність проводити моніторинг прогресу по втіленню плану, у випадку невдач чи проблем, що можуть виникнути, ефективно аналізувати ситуацію та шукати альтернативні шляхи розв'язку; при цьому всьому тримати «погляд» на віддаленій меті і підтримувати власну мотивацію іти до цілі попри труднощі та випробування. Така здатність до самоорганізації та самомотивації особи дає нам можливість досягати як «маленьких», так і «великих» цілей у житті і знову ж таки бути не заручниками обставин, а «ковачами власної долі».

Інша функція лобної кори полягає у контролі уваги – ми можемо вибирати, на чому слід зосереджувати увагу і можемо підтримувати концентрацію на найважливішому попри спокуси переключитися на щось більш «легке та цікаве». Із цим пов'язана і роль лобної кори в аналізі і синтезі інформації – стаючи дорослішими, ми все менше діємо під впливом першого враження, системніше аналізуємо ситуацію, шукаємо інформацію, якої бракує, перевіряємо факти, згадуємо минулий досвід та звертаємося за додатковою інформацією в «архів пам'яті». І лише тоді на основі виваженого, максимально об'єктивного сприйняття ситуації приймаємо рішення щодо дій. У цьому виявляється відмінність між емоційними, імпульсивними реакціями на ситуацію та виваженою відповіддю.

Ця функція лобної кори дає змогу людині також «володіти» своїми емоціями (йдеться не про витіснення емоцій чи їх знищення). У маленької дитини ми спостерігаємо, як емоції повністю володіють нею – наприклад, коли дитина невдоволена, її охоплює «істерика», коли чогось боїться – неконтрольований страх. У дорослому віці еквіваленти такої незрілої емоційності – як, наприклад, вибухи гніву з повною втратою об'єктивного сприйняття реальності та усвідомлення наслідків

власних дій – часом позначають виразом «зірвало дах», щодесь дуже близьке до нейропсихологічної реальності тимчасової втрати «вищих» кіркових функцій. Це підкреслює, що сама «біологічна» дорослість не означає емоційної зрілості – із дозріванням лобної кори ми отримуємо лише *можливість* навчитися володіти своїми почуттями. Володіти своїми почуттями, водночас не витісняючи їх, означає, наприклад, коли відчуваємо злість, стриматися від грубого, агресивного висловлення її, а натомість діяти «асертивно», щоб у конструктивний спосіб з'ясувати ситуацію і належним чином відстояти ту позицію, яка нам видається правдивою. Або ж, коли ми відчуваємо себе ображені, ми можемо так само внутрішньо переосмислити образу, і, наприклад, зрозумівши дії іншої людини, прагнути звільнитися від образи, пробачити. Звісно, що і в дорослому віці багатьом людям за різних обставин не завжди вдається опановувати негативні емоції та звільнитися від них, але у будь-якому випадку саме здатність лобної кори посилати «гальмівні» сигнали в інші відділи головного мозку, які більше пов'язані з автоматичними, імпульсивними реакціями та афективною сферою (підкірка, лімбічна система) є передумовою до такої здатності керувати почуттями, щоб уміти мудро з ними жити, а не бути їхньою жертвою. У здатності регулювати власні емоції велику роль відіграє внутрішня мова – тобто здатність як «чути», тобто усвідомлювати власні почуття та думки, з ними пов'язані, так і впливати на них шляхом «конструктивних» внутрішніх діалогів. Так само, як розмова з другом може допомогти нам «охолоннути» і віднайти емоційну рівновагу, так і внутрішній діалог, тобто здатність не лише до монологу, але й до конструктивної внутрішньої іноді підтримки, іноді протистояння, – допомагає нам у розвитку емоційної саморегуляції. Внутрішня мова важлива і в інших аспектах саморегуляції поведінки і вона також є однією з функцій лобної кори.

Отож, усі ці виконавчі функції лобної кори є важливими для саморегуляції поведінки, для здатності керувати своєю поведін-

кою. Втім, важливо відзначити, що впродовж усього дитинства та підліткового віку іде поступове біологічне дозрівання цих функцій. Однак зрілість лобної кори є лише передумовою до розвитку самоконтролю – іншим вагомим фактором у його розвитку є соціальний та життєвий досвід людини (зокрема стиль виховання в сім'ї), характер формування її особистості. Відсутність біологічної передумови до розвитку самоконтролю при ГРДУ є головною причиною поведінкових порушень, тоді як соціальний досвід та психологічні фактори можуть у негативний чи позитивний спосіб позначатися на особистісному розвитку дитини і додавати проблем, або ж, навпаки, їх зменшувати.

Важливо відзначити, що у дітей з ГРДУ виконавчі функції лобної кори не є повністю відсутніми, як і невірним є уявлення, що вони зовсім не дозріватимуть із віком. У них так само іде процес вікового дозрівання, але у порівнянні з ровесниками ступінь розвитку функцій буде завжди дещо нижчим, як у дитини біологічно молодшої.

Також важливо відзначити, що для багатьох ситуацій у житті екзекутивні функції не є необхідними, та й навпаки, надмірний раціональний контроль може утруднювати швидкі, інтуїтивні, спонтанні, творчі, емоційні реакції. Тому, як це не парадоксально, особливістю ГРДУ є те, що наявність розладу, створюючи дитині ряд проблем та труднощів, у певних ситуаціях надає дитині переваги, особливі можливості та здібності. У такий спосіб ми можемо говорити про позитивні сторони ГРДУ.

Отож, розглянемо поступово, як недостатня зрілість лобної кори буде призводити до розладів різних виконавчих функцій, що пов'язані з організацією та регулюванням власної поведінки.

1. Розлад імпульс-контролю.

Як уже згадувалося, однією з основних функцій лобної кори є пригальмовування різних імпульсів – тобто бажання до дії, емоції – для того, щоби мати час для аналізу ситуації та вибо-

ру найбільш адекватних дій, що відповідають головним цілям людини. Звичайно ми зважуємо різні варіанти дій, аналізуємо їх можливі наслідки, те, як вони вплинуть на інших осіб і т.д. І, звичайно, ми стримуємо ті імпульси, які можуть призвести до негативних наслідків, а вибираємо оптимально позитивні для нас та інших. Для прикладу, якщо ми бачимо автобус, що нам потрібен, який під'їжджає до зупинки на протилежному боці вулиці, то імпульс спонукає негайно бігти, але лобна кора нагадує подивитися направо і наліво, щоби не потрапити під колеса автомобіля. Якщо під час розмови нам згадується щось дуже важливе і ми хочемо негайно це сказати, то звичайно ми все ж чекаємо, коли співрозмовник завершить свою думку, бо усвідомлюємо, що йому буде неприємно, якщо його перебити. У дітей з ГРДУ ця здатність пригальмовувати імпульси виражена значно слабше, ніж у однолітків, а тому обумовлює цілий ряд різних проблемних аспектів їхньої поведінки.

Діти з ГРДУ загалом є дуже нетерплячі, їм важко чекати належного часу до реалізації бажання чи своєї черги і коли їм чогось хочеться, то, як правило, це мусить бути негайно. Тож вони інколи «зриваються» і намагаються отримати щось поперед інших, не дочекавшись своєї черги. Зрозуміло, це часто може викликати негативні реакції в оточуючих. Це також може порушувати їхню здатність грати в ті дитячі ігри, у яких треба чекати своєї черги – часто через порушення правил їх виключають із гри або ж у майбутньому їх узагалі не запрошуватимуть до участі/оминатимуть.

Коли дітей з ГРДУ щось цікавить, то звичайно їм важко стримати імпульс дослідити об'єкт зацікавлення, щоби запитати дозволу і т.п. Вони часто беруть речі інших, а з огляду на їхню необережність можуть і ненароком пошкодити, поламати річ, чим часто наражаються на негативні реакції.

Коли дітям з ГРДУ чогось дуже хочеться – вони часто не можуть стриматися і діють відповідно до свого бажання, хоча раніше і були попереджені про заборону чи мали негативний

досвід. Для прикладу, можуть знати, що не можна їсти їжу, яка призначена на святковий стіл, але в момент «спокуси» не можуть протистояти силі бажання. Потім їм дійсно може бути соромно, можуть щиро вибачатися... Звісно ж, у різному віці «спокуси» можуть бути різними, але батькам важливо усвідомлювати, що найкращий метод допомоги – пильніший моніторинг, щоби дитина не залишалася наодинці зі спокусами, коли її здатність до самогальмування суттєво знижена...

Коли дітям з ГРДУ не хочеться щось робити і з'являється імпульс покинути це заняття, хоча воно може бути і дуже важливе – їм також важко протистояти цьому імпульсові. А тому – класично або ж «зрізають кути» (наприклад, зробити домашнє завдання абияк – лиш би якнайшвидше) або ж узагалі покидають завдання. Тому діти з ГРДУ мають великі труднощі з тим, щоб робити щось їм малоцікаве та не надто приємне (домашнє завдання, роботу по дому, прибирання іграшок і т.п.) – і часто кидають, не доводять справу до кінця або ж узагалі чинять опір. Тут необхідно вміти або зробити завдання цікавим, або ж віднайти додатковий спосіб заохочення, який викличе мотивацію до дії (наприклад, якщо зробиш якісно уроки, тоді подивишся мультфільм).

Імпульсивність у спілкуванні може проявлятися надмірною балакучістю, прагненням домінувати у розмові, схильністю перебивати інших, «інтрузивністю» (тобто надокучливістю, схильністю втручатися у все, набридати, не відчуваючи, чи з тобою зараз бажують спілкуватися, чи ні) і т.п. Це може спричиняти серйозний дефіцит соціальних та комунікативних навичок у дитини з ГРДУ знову ж таки призводити до соціальної ізоляції дитини.

Імпульсивні дії призводять також до того, що дитина часто не зважає на небезпеку – вона просто не встигає про неї згадати, її усвідомити. А тому діти з ГРДУ часто діють безстрашно та надмірно ризиковано. З цим пов'язана їхня схильність встрявати у неприємні пригоди і відповідно підвищений ризик не-

щасних випадків. Так, статистично діти з ГРДУ мають удвічі більше серйозних травм, аніж ровесники, підлітки з ГРДУ у чотири рази частіше скоюють дорожньо-транспортні пригоди, ризик незаплановано завагітніти чи інфікуватися венеричною хворобою у підлітковому віці в осіб з ГРДУ також є вищим (Barkley, 1996).

Слабкість імпульс-контролю спричиняє труднощі дітям з ГРДУ в усіх тих ситуаціях, де потрібно дотримуватися встановлених правил, інструкцій і т.п. Це наче водіння автомобіля – коли їх захоплює швидкість, їм важко протистояти спокусі додавати «газу», аніж, навпаки, пригальмувати. Отож діти та дорослі з ГРДУ є частими порушниками правил, від простих – як-от, що відповідати на уроці можна лише з дозволу вчителя, до значно складніших, соціальних, у дорослому віці – як-от відповідальності за взяті на себе обов'язки на роботі, у стосунках і т.д. Важливо підкреслити, що проблема дітей з ГРДУ не в тому, що вони не знають правил, а в тому, що вони не встигають їх згадати та часто неспроможні ефективно застосувати в той момент, коли необхідно. Часто дитина з ГРДУ викликає неприязнь у дорослих, оскільки вона робить знову і знову те, що їй заборонили робити – але у більшості випадків ГРДУ (не ускладнених іншими психологічними розладами) дитина робить це ненавмисне, вона просто охоплена імпульсом: наприклад, «я знаю відповідь на питання вчительки і хочу сказати», не встигає зупинитися, щоб нагадати собі про правило і згадати попереднє зауваження, і знову вкотре вигукує відповідь, не піднявши руки, не отримавши дозволу...

Швидкі імпульсивні дії обумовлюють те, що в поспіху втілити імпульс діти з ГРДУ часто діють необережно, непродумано, неосмислено – отож вони класично продукують різні «халепи»: ламають, псують, втрачають... Вони беруться розв'язувати задачу, не прочитавши до кінця умови – і, звісно, шанси на правильну відповідь дуже невисокі. Аналогічно і в ширших масштабах – не дочитавши до кінця умов життєвої «гри»,

они пропонують швидкий розв'язок, а тоді, коли бачать «результат», усвідомлюють, що це зовсім не те, чого вони бажали... Через неналежне осмислення інформації та швидкість реакцій їх також легко втягнути в різні «сумнівні справи», ошукати, намовити, зманіпулювати їхніми діями – і цим інколи можуть скористатися інші особи з лихими намірами...

Імпульсивність проявляється не лише у діях, але й в думках – мислення таких дітей теж може бути надмірно швидке, хаотичне, з перескакуванням з теми на тему. Їм важко зосереджено, добре обдумати якесь питання чи завдання – і вони легко перескакують на більш «цікаві та захоплюючі» думки. Це обумовлює частково їхні проблеми зі «снами на яву», а також із зосередженням уваги, виконанням академічних домашніх завдань – чи то значно складніших життєвих «задачок». Дорослі особи з ГРДУ описують класичний приклад свого мислення як «симптом конфетті» – коли в голові виникає мов спалах феєрверку одразу багато думок, і встигаєш лише непродуктивно перескакувати з однієї на іншу без жодного цінного кінцевого когнітивного «продукту».

Слабка здатність до самогальмування обумовлює і класичні труднощі дітей з ГРДУ щодо переходів від одного заняття до іншого, особливо з більш захопливого до менш приємного. Тому для батьків «переходи», моменти зміни діяльності часто є найбільш стресогенною областю, як-от, наприклад, коли дитину треба від гри з іграшками скерувати на те, щоб іти мити руки та вечеряти, або ж повертатися з прогулянки додому робити уроки. Втім, розуміння слабкості «системи гальм» у цій сфері допомагає розуміти і необхідність особливих підходів та спокійного, методичного їх застосування. Наприклад, з огляду на те, що «гальмівний шлях» є подовжений, дитину треба заодно попереджувати, скільки часу ще залишилося; з огляду на неуважність дитини в таких ситуаціях необхідно, щоб попереджувальні сигнали були повторними і чіткими – отож говоримо, лише досягнувши зорового контакту; можна пере-

питати дитину, чи вона добре вас почула; плюс деколи треба застосовувати і додаткове «зовнішне» гальмо – наприклад, самостійно вимкнути після узгодженого часу телевизор і т.п. Розуміння особливостей дитини з ГРДУ допомагає не тільки віднайти додаткові компенсаторні стратегії, щоб ефективно керувати її поведінкою, але й, що дуже важливо, спокійно, без негативних емоцій взаємодіяти з дитиною.

2. Розлад прогнозування, планування та самоорганізації поведінки

Більш узагальнено можна сказати, що імпульсивність значно утруднює дітям з ГРДУ можливість осмислено вирішувати різні життєві завдання та проблеми. Із досвідом та зрілістю ми набуваємо здатності до кожного життєвого завдання підходити якоюсь мірою як до шкільної «задачки»: уважно вивчати умову, ставити ціль, згадувати попередній досвід та правила розв'язку такого типу проблем, розглядати різні варіанти розв'язань, їхні можливі позитивні та негативні наслідки, те, як вони співвідносяться з нашими життєвими пріоритетами, реальність їхнього втілення і т.п. – і тоді діяти на основі прийнятого плану, усвідомлюючи, що коли план не буде ефективним, його треба модифікувати. І дитячий, і підлітковий, і дорослий вік потребують вміння вирішувати свої специфічні життєві проблеми: конфлікти в стосунках, вибір професії, прийняття важливих фінансових рішень і т.д. Це вміння передбачає здатність керуватися віддаленими наслідками наших дій, а не лише негайними бажаннями та можливістю їх негайного задоволення.

У цій сфері дефіцит самоконтролю дітей з ГРДУ є, можливо, найбільш проблематичним. Їхня нездатність зупинитися, перш ніж діяти, призводить до того, що більшість їхніх відповідей на проблему є швидше першою емоційною реакцією чи першою ліпшою думкою, яка прийде в голову, але аж ніяк не ретельно обдуманною та запланованою стратегією дій. Відповідно, їхній підхід до проблем часто не стільки їх вирішує, як створює нові.

Та, навіть негативний набутий досвід дуже часто не застерігає дитину з ГРДУ від повторення власних помилок. І річ не в тім, що вона неспроможна зробити висновки з набутого досвіду. Діти з ГРДУ дуже часто просто *не встигають* застосувати висновки з минулого досвіду – їхня імпульсивна реакція є швидшою, аніж їхня лобна кора встигає скористатися «архівом пам'яті».

У зв'язку з недостатньою функцією пригальмовувати імпульси і думати, перш ніж діяти, можна сказати, що дії дітей з ГРДУ дуже часто не пов'язані з часом, або, як кажуть нейропсихологи, у дітей із ГРДУ дуже вузьке внутрішнє віконечко часу – вони не встигають ані заглянути у минуле, ані спрогнозувати майбутнє, коли діють. Вони немов би є заручниками виключно «тут і тепер» і їхня діяльність визначається лише негайними або ж дуже близькими у часі факторами, що можуть у той чи інший спосіб мотивувати їхню поведінку. Тому дії дітей із ГРДУ, як правило, не пов'язані з усвідомленням віддалених наслідків та цілей. Іноді батьки відгукуються про своїх гіперактивних дітей: «Вони бачать тільки те, що перед носом і не думають про завтрашній день.» І це дуже точно відповідає нейропсихологічній дійсності «вузького віконечка внутрішнього часу» – діти та дорослі з ГРДУ настільки захоплені тим, що є тут і тепер, що вони немов не бачать того, що буде завтра, вони не бачать проблем, які можуть виникнути завтра, вони часто не помічають, як «збираються хмари» і багато життєвих «буревіїв» їх застигають повністю зненацька. Тому в тих сферах, де необхідно працювати на віддалені наслідки, де треба протистояти спокусам негайних заохочень заради досягнення більш важливих віддалених винагород, у дітей та дорослих із ГРДУ їхній дефіцит самоорганізації поведінки буде призводити до негативних наслідків.

І це, звісно, створює в житті дітям із ГРДУ багато проблем, адже чимало вчинків, які можуть бути приємними та винагороджуваними зараз, можуть мати вагомий негативний наслідок погір. Наприклад, кидатися машинкою може бути весело, та

коли вона ламається – її не повернеш. Спокусливо подивитися ранковий мультик, але наслідки запізнення в школу можуть бути значно неприємніші. І зрозуміло, що у підлітково-му та дорослому віці масштаби цих проблем зовсім інші: фінансові проблеми (імпульсивні витрати фінансів на часом другорядні та мало важливі цілі без здатності планувати та відкладати), необов'язковість щодо взятих на себе перед іншими зобов'язань, проблеми з навчанням (не вчитися цілий семестр, «бо ще встигнеться», а натомість мати проблеми під час сесії), проблеми з роботою (відкладання на потім, недотримання термінів виконання і т.п.), проблеми з фізичним здоров'ям (шкідливі звички; відтягувати звернення до лікаря та необхідне лікування, аж поки «грим не гряне»). Те саме може стосуватися проблем, пов'язаних із недостатнім усвідомленням наслідків своїх дій на інших осіб, усвідомленням того, як впливають твої дії на інших. Відповідно, поведінка дітей із ГРДУ так само є недостатньо керована усвідомленням соціальної відповідальності власних дій, їхнього впливу на інших осіб. І знову ж таки не тому, що дитина свідомо бажає зла іншим (навпаки, дитина може бути дуже співчутливою), але тому, що дитина не усвідомлює в момент дії (і відповідно не може зупинити себе) негативних для інших осіб наслідків своїх дій.

Загалом, якщо дитина з ГРДУ не буде мати зовнішньої допомоги від рідних, педагогів, щоби працювати на віддалені цілі і протистояти спокусам «негайних насолод», то з часом низка невдач може призвести до цілого ряду серйозних вторинних труднощів. Проблеми з навчанням, проблеми в міжособистих стосунках через недотримання соціальних обов'язків та невідповідальні щодо інших осіб дії, у дорослому віці – проблеми на роботі через невиконання своїх обов'язків – можуть накопичуватися, накладатися одні на одні, перетворюючи життя у зачароване коло втрат, відкинень та розчарувань. Невідповідальна поведінка особи з ГРДУ може призводити також до стигматизації її як «егоїстичної», «безвідповідальної» і т.п. і посилювати

соціальну ізоляцію. Статистичні дані показують, що для тих дітей, які не мали належної допомоги, розуміння та підтримки, ризик серйозних проблем у дорослому віці є доволі значним – безробіття, самотність та міжособисті проблеми, бідність, нещасні випадки, пов'язані з надмірно ризикованою поведінкою, проблеми з фізичним та психічним здоров'ям (Weiss, 1999)...

Усвідомлення центрального дефіциту у поведінці дітей з ГРДУ, обумовленого вузьким віконечком внутрішнього часу, показує також єдиний патогенетично обґрунтований механізм впливу на цих дітей – *щоби керувати їхньою поведінкою, дорослим необхідно бути «близько» до дитини, забезпечувати пильний моніторинг її поведінки і організувати таку систему заохочень та покарань, яка діє в просторі «тут і тепер», мотивуючи дитину до відповідних дій. Дитина з ГРДУ потребує негайних, частих і сильних, тобто значущих для неї, заохочень та покарань – і тільки це може втримати її поведінку в доброму руслі.* І власне на цьому побудована уся поведінкова терапія – основний метод допомоги дітям з ГРДУ – і правильне застосування цих принципів обумовлює її позитивний ефект. Для прикладу: дитину з ГРДУ може дуже мало мотивувати до якісного і вчасного виконання уроків пояснення, наскільки їй придадуться здобуті знання в дорослому віці, та якщо дитина знає, що за кожен якісно і вчасно виконаний урок вона отримує один жетон, а коли назбирає п'ять жетонів, то може використати їх увечері, вибравши з «меню нагород» перегляд улюбленого мультфільму, гру з татом у настільний хокей і т.п. *вже цього вечора – це справді мотивує.* Інший спосіб – зробити уроки цікавими, захоплюючими, щоб дитина змогла відкрити радість пізнання і це стало її негайною винагородою. Тобто базовий принцип керування поведінкою дитини з ГРДУ у позитивний спосіб полягає в тому, що *ми можемо керувати поведінкою дитини лише настільки, оскільки ми контролюємо негайні наслідки цієї поведінки: бажаної – сильними, частими, негайними заохоченнями, небажаної – такими ж покараннями.*

Звісно, це аж ніяк не означає, що дитина з ГРДУ ніколи не навчиться самоконтролю, не буде здатною інтерналізувати правила поведінки, діяти з думкою про майбутнє і т.д. Діти з ГРДУ так само розвивають самоконтроль, інтерналізують правила і т.д. – просто це їм дається довше і з більшими зусиллями, аніж ровесникам. Це можна порівняти зі стрибками у висоту – їм потрібно значно більше спроб і більше тренування, щоби навчитися брати певну висоту, а деякі «висоти» діти з ГРДУ самостійно не подолають і для того, щоб їх узяти, цим дітям потрібна зовнішня допомога. Так само, як курсантові-водію потрібен інструктор, який має додаткову педаль гальмування і може попередити «аварію», коли основні гальма не спрацюють. Так само, як дітям із ДЦП, які не можуть навчитися самостійно ходити, потрібен візок – таку роль для багатьох дітей із ГРДУ (принаймні на якийсь час) відіграє система поведінкового керівництва з негайною системою заохочень та покарань. Вона компенсує їхню біологічно обумовлену слабкість внутрішніх «гальм» та вузьке віконечко внутрішнього часу. Але з віковим біологічним дозріванням мозку і набуттям життєвого досвіду це віконечко може розширюватися і здатність до самоконтролю покращуватися.

Недостатня зрілість виконавчих функцій лобної кори пов'язана зі слабкістю самоструктурованої діяльності згідно з внутрішнім планом. Структурування, планування, часовий моніторинг власної діяльності є ключовими функціями лобної кори. Отож, діти з ГРДУ мають типову трудність в усіх тих ситуаціях, коли їм потрібно організувати свою діяльність відповідно до певного внутрішнього плану, стежити за часовим та поетапним запровадженням цього плану. У них дуже поширені проблеми з організацією використання часу, взагалі з відчуттям часу. Переважно дітям із ГРДУ важко організувати самостійне та вчасне виконання уроків чи домашньої роботи, зібрати портфель звечора до школи (бо знову ж таки потрібно в голові тримати план, що взяти і т.д.), вчасно вранці зібрати-

ся до школи і т. п. У дорослому віці труднощі можуть бути з більшими проектами – у роботі, у веденні домашнього господарства, веденні фінансів, із різними ідеями до втілення і т.п. Неefективний контроль із часом призводить до типового хаотичного стилю життя, в якому присутні постійні запізнення, затягування, протермінування і т.п.

Тож у допомозі дітям із ГРДУ надзвичайно важливою з огляду на їхній дефіцит у здатності самоструктурування та часового самомоніторингу власної активності є допомога батьків, педагогів та чітка, передбачувана, «видима» зовнішня структура: система «таймерів», будильників, нагадувань, «самоорганайзерів» і т.д. Це свого роду компенсаторні милиці, які уможливають ефективну, організовану в часі діяльність дітей, підлітків, дорослих із ГРДУ...

Іншою проблемою у самокеруванні поведінкою дітей із ГРДУ є дефіцит внутрішньої мови. Як показали дослідження (див. Barkley, 1995, с. 49-51), у дітей із ГРДУ зменшене використання внутрішньої мови для керування власною поведінкою. Зазвичай внутрішня мова є дуже важливою для того, щоб подумати про себе, про можливі наслідки поведінки, розглянути різні варіанти наших дій і вибрати найоптимальніший, нагадати собі правила, які необхідно застосувати у цій ситуації і дати собі відповідні інструкції до дії. Проте імпульсивність у реагуванні на виклики зовнішньої ситуації, відсутність самогальмування реакцій не дає дитині необхідного часу для того, щоб подумати про себе, нагадати собі правила, дати належні інструкції і т.п. Тому одна з найбільш проблемних сфер у поведінці дитини із ГРДУ – це повторні порушення встановлених правил. У цьому один із центральних нейропсихологічних дефіцитів дітей з ГРДУ – порушений самоконтроль над поведінкою не тільки відповідно до віддалених наслідків, але й до встановлених правил. Але важливо розуміти, що власне повторні порушення правил обумовлені радше не тим, що дитина не знає правил чи навмисне вирішила їх нехтувати, а тим,

що вона не встигає їх собі пригадати і застосувати швидше, ніж вона вже імпульсивно зреагувала на ситуацію з мотиву негайної винагороди і т.п. Це ж стосується і виконання вказівок, які дають дорослі дитині – перестаючи повторювати про себе за допомогою внутрішньої мови інструкцію, дитина з ГРДУ часто не виконує дані їй доручення та вказівки, покидає їх недовиконаними, узагалі забуває про них. Недостатнє використання самоінструкцій у формі внутрішніх звернень частково обумовлює також і труднощі дитини з ГРДУ в сфері емоційного самоконтролю – їм часто важко стримати свою злість, заспокоїтися і т.п. У розвитку та ефективному застосуванні самоінструкцій полягає один із інших важливих методів допомоги старшим дітям із ГРДУ (після 8-10 років) – когнітивний тренінг/ когнітивна терапія. Один із його аспектів полягає, зокрема, у виробленні та тренуванні здатності ефективно застосовувати внутрішню мову, – як для самоконтролю, так і вирішення проблем емоційного самовладання та ін. Цікаві також експериментальні дані Barkley (1996, с. 530), які показали, що застосування під час виконання контрольних робіт записаних на аудіоплеєр та прослуховуваних через навушники самоінструкцій до зосередження і т.п. суттєво покращувало результат дітей. Інший патогенетично обґрунтований метод допомоги: щоби діти з ГРДУ не загубили інструкції та правила (з огляду на недостатність системи самонагадування та самоінструкцій у формі внутрішньої мови), їм допомагає більш часте нагадування правил, чіткість та лаконічність їх виразу, а також їхня візуалізація у формі додаткових «знаків дорожнього руху» (наприклад, над письмовим столом – «коли робиш уроки – зосередься!» – і т.п.).

Отож, центральним дефіцитом дітей із ГРДУ є недостатня самоорганізація поведінки. Метафорично це можна прирівняти до їзди автомобілем, у якому кермо «гуляє», а гальма дуже слабкі. Багато дітей з ГРДУ усвідомлюють цей дефіцит самоконтролю і можуть сприймати його як «дефект». Пам'ятаю, як один хлоп-

чик попросив: «У мене мозги якісь дурні, не слухаються мене – ви не можете їх замінити?» Більшість проступків дітей із ГРДУ скоєні ненавмисне і не обумовлені їхнім злим наміром. За висловом Barkley (1995, ст. 42), «проблема дітей із ГРДУ не в тому, що вони не знають, як поводитися, а в тому, що вони не можуть поводитися так, як, вони знають, потрібно.» Зі слабкою системою «керма та гальм» вони часто скоюють «аварії», які їх самих аж ніяк не роблять щасливими. Згадую іншого хлопця, який на консультації на тестове питання про три мрії відповів: «не розливати більше молоко, не злити маму, не злити тата...» Можна лиш уявити, яким пригніченим він мав почуватися від постійних докорів за розлите молоко та інші «провини», щоби мріяти лише про це...

3. Розлад контролю уваги та аналізу інформації

Типові проблеми з зосередженням уваги знову ж таки по-лягають не так у тому, що діти з ГРДУ не можуть бути зосередженими, як у їхній нездатності протягом тривалого часу втримувати свою увагу на важливому, особливо, якщо воно є мало цікаве та стимулююче. Це підтверджуються зокрема тим, що діти з ГРДУ можуть тривалий час бути зосередженими і уважними, коли грають у комп'ютерні ігри чи дивляться захоплюючий мультфільм і т.п. – тоді їхня увага не відволікається і в цілому вони не роблять помилок із неуважності, наприклад, граючи в комп'ютерні ігри, а можуть, навпаки, з огляду на швидкість своїх реакцій бути успішними гравцями. Проблема з'являється тоді, коли дитині треба тривалий час зосередитися на чомусь малоцікавому для неї – як-от на тому, що говорить учитель на уроці, чи на виконанні домашнього завдання вдома і т.п. У таких ситуаціях протистояти імпульсові пошуку нових, цікавіших вражень дитина часто не в змозі. У зв'язку з чим з'являються труднощі з концентрацією, помилки з неуважності, відволікання на сторонні чинники, невиконання належних завдань і т.д. Таку дитину доводиться весь

час «перефокусувати»... Одна мама описала це як те, що вона виконує постійну роль «зосереджувача уваги» своєї дитини при виконанні домашнього завдання. І це доволі типово – батьки мусять постійно концентрувати увагу дитини, інакше вона може годинами сидіти за столом над одним завданням і безрезультатно, здається, дитина «десь літає»... Усі малоцікаві, нудні завдання самостійно дитина подолати не зможе – і підхід тут або зробити завдання цікавими, або асистувати в ролі «зосереджувача уваги», або ж підвищити мотивацію шляхом додаткового «приза» у випадку успішного виконання завдання.

Відповідно існує і протилежна проблема – коли дитина з ГРДУ зосереджена на чомусь для неї цікавому – їй важко «відключити» увагу від цього і переключитися на щось інше. Тому ці діти часто не чують, коли до них говорять, якщо вони в цей час чимось зайняті – якимось цікавим заняттям чи просто «десь літають». Через свою неуважність вони часто можуть пропускати важливу інформацію, вказівки до дії, соціальні сигнали. Через неуважність часто гублять речі, забувають важливі факти, речі, справи, обов'язки і т.п. Одна з дорослих осіб з ГРДУ порівняла свої проблеми з неуважністю з їздою в сильний дощ автомобілем, у якому не працюють двірники-склоочишувачі: «Ти не можеш розгледіти до кінця, що діється, отримуєш лише фрагменти інформації і цілий час чуєшся розгубленим, бо маєш відчуття, що пропустив якийсь важливий дорожній знак чи вказівник...» Отож не дивно, що діти з ГРДУ часто «блукають» як у соціальних стосунках (говорять про так звану соціальну сліпоту або ж близорукість), так і в навчанні, діяльності і т.д. А якщо згадати, що, до того ж, у цьому автомобілі гальма слабкі та кермо «гуляє»...

Можна підсумувати, що увага дітей із ГРДУ дуже мало, слабо контролюється «центральною командною системою», яким є лобна кора, а натомість нею керують найбільш сенсорно привабливі в плані новизни та стимуляції аспекти ситуації. Відповідно, знижена здатність активно керувати власною увагою, зосереджувати її на найважливіших аспектах ситуації (особливо, коли вони є

не надто цікаві) та втримуватися від відволікання на другорядні стимули (особливо, якщо вони більш цікаві). А якщо зважити ще на іншу нейропсихологічну характеристику дітей із ГРДУ – великий сенсорний голод, потребу «сильних» вражень та здатність швидко «насичуватися», а отож шукати нової стимуляції, то можна передбачити, наскільки серйозними можуть бути проблеми з неуважністю в ситуаціях, «нудних» для дитини, – як-от, наприклад, урок у школі. Основною рекомендацією може бути лише цікава, «мультисенсорна», із «частою зміною кадру» презентація навчального матеріалу на уроці, активне залучення дітей, чітка структура з достатньо частою зміною завдань та видів діяльності. І лише другорядне, але тим не менш теж важливе значення має стратегія зменшення сторонніх подразників – наприклад, посадити дитину на першу парту, бажано не біля вікна і т.п. Як показали дослідження (див. огляд у Goldstein, 1998, с. 557), в умовах навіть сенсорно «стерильного» кабінету, якщо стиль викладання не буде цікавим та стимулюючим, дитина буде відволікатися; і навіть якщо не буде на що відволіктися назовні, то увага просто перенесеться у внутрішній світ уяви...

Іншою проблемою, пов'язаною зі сприйняттям реальності дітьми з ГРДУ, є надто емоційне та суб'єктивне сприйняття реальності. Якщо підкірка забезпечує первинну обробку інформації з метою виявлення, наприклад, загрози і миттєвих реакцій інстинктивного характеру, то лобна кора звичайно проводить поглиблений аналіз із метою достовірно дослідити усі аспекти ситуації, відрізнити емоційну, суб'єктивну реакцію від об'єктивної дійсності і тоді відповідно діяти. Для цього надзвичайно важливим є «пригальмовувати» перші імпульси, щоби змогти оцінити ситуацію більш об'єктивно, перш ніж діяти, а також звернутися до минулого досвіду, уже наявної інформації, провести причинний аналіз, оцінити різні варіанти розвитку ситуації і т.д. Для прикладу, якщо ми раптово відчуємо поштовх у спину на вулиці – то ми, мабуть, відчуємо інстинктивний порух або одразу ж розвернутися і вдарити у відповідь, або ж утікати. Це підкіркова реакція.

Але тоді включиться кора і дасть команду спершу озирнутися і дослідити, що сталося. І щойно тоді, наприклад, побачимо, що ззаду на нас хтось упав і зрозуміємо, що нас не вдарили, а просто зачепили при падінні і відповідно загрози немає. У дітей із ГРДУ звичайно є бурхлива «підкіркова» реакція – вони б зразу кинулися в бійку чи втікали, не з'ясувавши, у чому справа. Власне, проблемою багатьох дітей із ГРДУ і є «реактивні» дії, які передують об'єктивному, кірковому рівневі аналізу інформації – переважно вони діють під впливом перших емоційних реакцій. Для прикладу: на уроці вчителька, ідучи між партами, підійшла до хлопчика з ГРДУ і тихо, лагідно поклала йому на плече руку. Реакція була сильною, інстинктивною, на рівні реакцій наших біологічних пращурів – хлопчик миттєво вкусив її в руку. Наслідок: перелякана вчителька, виклик хлопця та батьків до директора, «хто з нього виросте, та це вже психопат запрограмований і т.п.» Насправді сам хлопець щиро не міг знайти жодних пояснень, чому він так зробив. І це зрозуміло: адже його реакція була моментаальною і швидшою від його думки...

Як бачимо, зважаючи на такий характер реакцій, поведінка дітей із ГРДУ часто є надмірно емоційною та незрілою, а їхні реакції – невідповідними до ситуації. Саме з такими «підкірковими» реакціями пов'язана схильність дітей із ГРДУ до емоційних «вибухів» – чи то агресивних, чи то з плачами, криками і т.п. Причому часто причинами таких бурхливих емоційних реакцій може бути виключно спотворене, «емоційне» сприйняття дійсності, намірів інших людей і т.п. Це ще один фактор, який може додавати соціальних труднощів дітям із ГРДУ і в якому вони також потребують допомоги, щоби поступово вчитися більш цілісно і об'єктивно бачити дійсність, а відповідно, і більш компетентно в ній діяти...

4. Розлад контролю емоцій

Порушення емоційної саморегуляції, як уже не раз згадувалося вище, є ще однією нейропсихологічною характеристикою

кою дітей із ГРДУ. З-поміж ровесників вони відрізняються силою та швидкістю розвитку емоцій. Дитина в один момент зі спокійного стану може перейти у край розлючений, або ж навпаки – безмірно піднесений. Якоюсь мірою можна сказати, що обумовлює таку гіперемоційність дітей із ГРДУ слабкий регулюючий вплив лобної кори на ті відділи головного мозку, які пов'язані з емоційною сферою (лімбічна система та підкірка). Ця емоційність у багатьох аспектах життя може мати позитивне значення – діти та дорослі особи з ГРДУ можуть бути «емоційними донорами», які заряджають інших своїми позитивними емоціями, ентузіазмом, життєлюбством. Та коли дитина застряє на негативних емоціях, то навпаки... Гіперемоційність є найбільш проблемною при таких негативних афектах, як злість, роздратованість, незадоволеність і т.п. Слабкість саморегуляції емоцій, здатності за допомогою внутрішньої мови по-іншому подивитися на ситуацію, самоскерувати себе на заспокоєння та більш адекватну емоційну, когнітивну та поведінкову реакцію може утруднювати вихід зі стану негативного афекту. Перебуваючи під владою сильних, некерованих емоцій, наприклад, злості – дитина може накоїти чимало негативних вчинків, наговорити прикрих слів, вдатися до насильства... Упродовж усіх вікових етапів життя багато дітей та дорослих із ГРДУ мають проблеми з володінням своєю злістю та її деструктивними наслідками як щодо соціальних стосунків, так і щодо інших сфер життя. А сильна, некерована злість має здатність «затмарювати» свідомість, змушує необ'єктивно сприймати ситуацію як надмірно ворожу – і, відповідно, імпульсивно діяти. У стані такої сильної злості особи з ГРДУ можуть часто вдаватися до фізичної агресії – стосовно інших, майна, часом і до самоагресії. Наслідки агресивної поведінки можуть бути дуже вагомими для самої особи – як негачні, так і віддалені – потрібно зазначити, що наявність агресивної поведінки є одним із негативних прогностичних факторів щодо майбутнього дитини з ГРДУ. Зокрема, найчас-

тіше причиною виключення дитини зі школи є агресивна поведінка, дії, які можуть підпадати під кримінальну відповідальність, можуть бути також скоєні в афекті гніву. Причому схильність до вибухів гніву та агресивної поведінки в багатьох випадках аж ніяк не говорить про постійну озлобленість дитини як стан її душі. Один із наших пацієнтів, 10-річний Андрій, змінив за час навчання п'ять шкіл. Попри хорошу академічну успішність, головною причиною виключення були агресивні дії. Загалом він добрий, щирий хлопець, але, за словами батьків, його дуже легко «завести» та спровокувати – і тоді він стає просто некерованим у своїй люті.

5. Розлад контролю над власною руховою активністю, регулюванням процесів збудження/гальмування

Інша сфера, якій бракує регулюючого впливу лобної кори – це сфера моторної активності, а також загалом система регулювання процесів активізації/заспокоєння. Діти з ГРДУ, як уже згадувалося, мають типово низький поріг сенсорного насичення – отож постійно відчують сенсорний «голод» – тобто вони потребують вражень, активності, стимуляції. Вони значно швидше знуджуються, у зв'язку з чим потребують більш частішої зміни активності. Відповідно, імпульс до руху та дослідження середовища так само стримати дуже важко...

Цим обумовлений один із найбільш відомих симптомів ГРДУ – моторна гіперактивність. І хоча він і став візитівкою дітей із ГРДУ, насправді він не є патогенетично ані основним, ані центральним симптомом цього розладу. Понад те, із віковим дозріванням симптом моторної гіперактивності більше, ніж усі інші симптоми, піддається редукції, тобто «пом'якшенню», послабленню.

Моторна гіперактивність проявляється потребою перебувати в постійному русі, дитина не може довгий час сидіти на одному місці, її всюди багато, вона усе перевертає, всюди лізе. Діти з ГРДУ шумні, галасливі – вони не тільки багато рухаються, але й

багато говорять та інтенсивно взаємодіють із середовищем – чи то з людьми, чи то з іграшками, предметами і т.п. За класичним порівнянням – ці діти, наче іграшка з заведеним «моторчиком» – безупинні... Їх неможливо втримати на місці, змусити спокійно сидіти. Одна з родин, що звернулася до нас на консультацію, описала свого 5-річного Іванка: «Коли ми виходимо надвір – він летить, не озираючись, мов песик, який зірвався з ланцюга. Втримати його неможливо. Добитися послуху – неможливо. На ігровому майданчику може розштовхувати дітей, через нього постійно хтось плаче, бо впав чи вдарився. Ми йому пояснюємо, що треба обережно з дітьми – де там. Те саме, коли доводиться лізти на гірку чи драбину – скільки ми не пояснюємо, що треба пропустити інших дітей, чекати в черзі – він киває головою і далі робить по-своєму. Ми так втомилися від зауважень та поглядів у наш бік, що взагалі перестали ходити з ним на майданчик. Ходимо до лісу...»

Зрозуміло, що особливою проблемою гіперактивність буде в школі та інших громадських місцях, де треба спокійно сидіти (театр, транспорт і т.д.). У школі – типові зауваження за те, що на уроці вовтузиться, встає з місця без дозволу, залазить під стіл, на парту, на перерві бігає, перевертає крісла і т.п.

Те саме стосується гіпербалакучості – вони голосні, не замовквають, перебивають, не можуть сидіти мовчки і т.д. Звісно, в кожній дитини ГРДУ має свою особливу форму і виглядає дещо по-іншому – не усі є гіпербалакучими, як і не всі агресивними і т.д., але цей симптом є доволі типовим.

Проблема гіперактивності пов'язана також із гіперзбудливістю дітей із ГРДУ – тобто реакції виникають у них дуже швидко, на відносно слабкі подразники, і реакції їхні часто дуже є інтенсивними. Це справді гіперреактивні діти, де моторна гіперактивність є лише одним із аспектів цієї загальної гіперреактивності та слабкості саморегуляції процесів збудження. Власне, слабкість гальмівної здатності лобної кори обумовлює класичний дисбаланс процесів збудження та гальмування на користь перших.

З гіперреактивністю пов'язана ще одна особливість дітей із ГРДУ – вони легко піддаються впливу; а якщо згадати труднощі з сепарацією об'єктивних фактів від емоційних вражень, то можна зрозуміти, чому так часто вони можуть стати жертвами чужих маніпуляцій і можуть бути спровоковані, намовлені (і відповідно використані на користь інших) часто на найкращі дії, у тому числі й кримінальні... Гіперреактивність дітей із ГРДУ часто також притягує усіх тих, хто прагне їх спровокувати, для сміху чи розваги посміятися з них і т.п. Можливо, саме тому діти з ГРДУ часто стають жертвами насмішок, переслідувань, провокацій – свого роду «офірними цапами» в соціально нездоровому середовищі дітей.

Недостатня ефективність лобної кори як «центрального командного пункту», слабкість її регулюючого та зокрема гальмівного впливу на інші відділи центральної нервової системи може бути концептуалізована як для самої дитини з ГРДУ, так і для її рідних у формі влучних, зрозумілих метафор. У роботі нашої клініки ми часто подаємо дітям із ГРДУ (а багато з них, до речі, мріють стати «гонщиками-професіоналами» у дорослому віці) таке метафоричне бачення їхніх нейропсихологічних особливостей: «Кожна людина – наче автомобіль, у кожної людини свої особливості. І ти знаєш, що автомобілі бувають дуже різні: швидкі спортивні машини, повільні вантажівки. Так само є діти більш активні і менш активні. Це не означає, що якісь із них кращі, а якісь гірші, просто так само, як автомобілі, різні люди мають різні здібності і різні обмеження – в такий спосіб ми, люди, є різними і тому можемо доповнювати один одного. Так само у тебе є багато здібностей та сильних сторін (і тут ми звичайно називаємо конкретні характеристики), але так само є й певні обмеження. У тебе, як і в багатьох дітей, схожих на тебе, порівнюючи з автомобілем, добре працює педаль газу, але слабкі гальма. І через це можуть часто

стватися аварії (тут теж можемо навести конкретні приклади). Тому для того, щоби безпечно їздити і нікого не кривдити, тобі шкливо навчитися їздити за правилами і вміти, коли потрібно, гальмувати...» У схожий спосіб ми також подаємо батькам їхню роль інструктора з водіння, а систему поведінкового керівництва як додаткову систему гальм у автомобілі...

Усвідомлення нейропсихологічних особливостей дитини з ГРДУ є надзвичайно важливим як для батьків та фахівців, так і для самої дитини. Тільки на усвідомленні цих особливостей може бути вибудована патогенетична концепція виховання, навчання та допомоги дітям із ГРДУ.

Підсумок

- ❑ Симптоматика ГРДУ обумовлена недостатньою зрілістю функцій лобної кори – «центрального командного пункту» людини.
- ❑ Недостатня зрілість лобної кори призводить до розладів різних виконавчих функцій, пов'язаних із організацією та регулюванням власної поведінки: імпульс-контролю; планування, прогнозування та організації поведінки відповідно до віддалених наслідків та цілей; емоційної саморегуляції, контролю уваги та аналізу інформації, регулювання моторної активності, процесів збудження/гальмування.
- ❑ Нейропсихологічні особливості дітей із ГРДУ можуть не тільки призводити до проблем, але й у певних ситуаціях давати дитині особливі здібності та позитивні риси.
- ❑ Із патогенезу розладу впливає патогенетично-обґрунтована концепція терапії та виховання, а тому розуміння нейропсихологічних особливостей дітей із ГРДУ є надзвичайно важливим для надання їм ефективної допомоги.
- ❑ Млуківі знання щодо патогенезу та нейропсихологічних особливостей дітей із ГРДУ важливо концептуалізувати у формі простих, зрозумілих метафор, що допомагають фахівцям, батькам, дітям ефективніше застосовувати основні патогенетичні принципи допомоги.

РІЗНІ ОБЛИЧЧЯ ГРДУ

Гіперактивний розлад із дефіцитом уваги має багато облич. Можна сказати, що справді немає двох однакових дітей із ГРДУ. Попри об'єднуючу патогенетичну складову – розлад самоконтролю – у різних дітей, у різному віці, в різних соціальних контекстах вона проявлятиметься дуже по-різному і призводитиме до різних наслідків.

Ситуативна варіабельність симптомів ГРДУ

Найперше варто відзначити, що поведінка дитини з ГРДУ є дуже варіабельною, тобто мінливою, і в різних середовищах та сама дитина може поводитися дуже по-різному. Це цілком прозуміло з точки зору патогенезу – оскільки поведінка дитини контролюється не внутрішніми правилами, а є реакцією на зовнішні стимули і фактори, які присутні «тут і тепер», то в залежності від комбінації цих стимулів та факторів поведінка дитини буде дуже різною. Саме цим обумовлено те, що в одному середовищі симптоми ГРДУ будуть дуже виражені і поведінка дитини буде «проблемною», а в іншому зовсім ні.

Чим менше обмежень і вимог накладає середовище на поведінку дитини, тим менше проблемною буде поведінка дитини з ГРДУ: тому й труднощі в класі на уроці, і часом жодних значущих проблем на ігровому майданчику. Чим цікавіше і більш «стимулююче» середовище, тим більше дитина сфокусована і зацікавлена, а відповідно й менше створює проблем. Тому діти з ГРДУ можуть годинами бавитися в комп'ютерні ігри чи дивитися щось цікаве по телевізору, не маючи жодних проблем із зосередженням уваги і не створюючи значущих проблем своєю поведінкою іншим. Тож не дивно, що для батьків часом не-

легкою до протистояння спокусою є дозволити дитині проводити багато часу за комп'ютерними іграми чи перед телевізором – «хоч у хаті тихо!». Відповідно й навпаки – часом батьки сприймають незосередженість дитини за уроками не як прояв її неспроможності сконцентрувати увагу («адже дивиться телевізор він зосереджено!»), а як вияв лінощів і небажання вчитися. Так само в ситуації нехайної винагороди/покарання, індивідуальної уваги дорослих і, відповідно, можливості додаткового нагадування правил і допомоги в самоорганізації – проблемної поведінки менше. Можна підсумувати фактори і характеристики середовища, у яких проблемна поведінка і симптоми ГРДУ будуть проявлятися менше: нове, цікаве та «стимулююче» середовище, індивідуальна увага дорослого, відносно мало вимог і обмежень щодо бажаної поведінки, негайне винагородження/покарання. В таких ситуаціях дитина з ГРДУ може не тільки не створювати жодних проблем, але й взагалі мало чим відрізнитися від інших дітей. І навпаки, протилежні характеристики середовища, а також такі фактори, як втома дитини чи сонливість, поганий настрій, нудне, монотонне, нецікаве завдання будуть створювати передумови до маніфестації дефіциту самоконтролю у дитини і призводити до проявів проблемної поведінки.

Така варіабельність симптомів ГРДУ призводить часом до контраверсійності як фахівців, так і батьків щодо наявності в дитини розладу. Так, на консультації в лікаря, де нове середовище, увага один на один і т.д. – дитина може не мати жодних симптомів ГРДУ і відповідно лікарі часто помилково вважають, що це «нормальна дитина, а – проблеми у батьків, бо вони дуже багато хочуть від дитини». Подібно, може виникнути конфлікт між учителями і батьками, бо проблемна поведінка може бути дуже вираженою на уроці і значно менш помітною вдома. Схожі суперечності виникають часом також у сприйнятті дитини між чоловіком та дружиною. Батько, який приходить додому пізно, не робить з дитиною домашніх завдань, може не бачити проблем у поведінці дитини і відповідно вва-

жати, що «це жінка і вчителі чогось хочуть від дитини, а він просто нормальний хлопець!»

Підтипи ГРДУ

Наступним аспектом поліморфності є наявність підтипів цього розладу. Виокремлення підтипів відображає той клінічний факт, що в різних дітей симптоми розладу виражені по-різному, інколи одна група симптомів є значно більш вираженою, ніж інша. У діагностичній класифікації DSM-IV виділено три підтипи розладу на основі наявності чи відсутності симптомів з груп гіперактивності-імпульсивності та дефіциту уваги. Натомість у класифікації МКХ-10 не допускається існування «неповних» підтипів ГРДУ з наявністю лише окремих груп симптомів, а діагностичні критерії гіперкінетичного розладу відповідають таким комбінованого підтипу за DSM-IV.

Підтипи ГРДУ відповідно до класифікації DSM-IV

1. Комбінований підтип — із наявністю виражених симптомів як гіперактивності-імпульсивності, так і неуважності;
2. З домінуючою гіперактивністю-імпульсивністю — коли наявні виражені симптоми цього спектру, але мінімально — чи ж відсутні взагалі — симптоми порушення уваги;
3. З домінуючим порушенням уваги — коли, навпаки, значно виражені лише симптоми дефіциту уваги.

Діти з різними підтипами ГРДУ мають різні клінічні характеристики, зокрема дещо відмінний профіль коморбідних розладів та ризик розвитку вторинних проблем.

За даними досліджень (Faraone et al, 1998) діти з комбінованим підтипом мають найвищі показники коморбідних розладів поведінки, а також тривожних розладів та депресії. У порівнянні з ними діти, які мають підтип із домінуючою неуважністю, мають схожі показники тривожних розладів та депресії, але значно нижчі показники коморбідних розладів поведінки. Діти, яким

визначають підтип із домінуючою гіперактивністю-імпульсивністю, мають найвищі показники екстерналізованих розладів, але найнижчі – тривожних розладів та депресії. Діти з комбінованим підтипом та підтипом із домінуючою неухважністю мають вищі показники проблем із навчанням, ніж діти з підтипом із домінуючою гіперактивністю-імпульсивністю.

Таким чином на основі даних цього дослідження можна підсумувати, що синдром гіперактивності-імпульсивності більше пов'язаний із ризиком розвитку проблем з опозиційною, агресивною та антисоціальною поведінкою, а синдром дефіциту уваги – з тривожними розладами, депресією та проблемами з навчанням. Відповідно, з усіх підтипів найважчим є комбінований підтип, який прогностично пов'язується з розвитком проблем з обох груп.

Деяко відмінними є й епідеміологічні дані. Так, поширеність комбінованого підтипу у групах хлопців та дівчат є 3:1, а підтипу з домінуючими порушеннями уваги 1:1, загальна поширеність теж відрізняється – перший підтип зустрічається у 3-4 рази частіше (Barkley, 1996, с. 91).

На сьогодні ведеться наукова дискусія щодо того, чи взагалі підтипи ГРДУ (зокрема ця дискусія найбільше стосується підтипу з домінуючою неухважністю) є формою одного розладу, чи насправді становлять різні за природою розлади. Так, Barkley (1996, с. 86-92) висунув гіпотезу, що підтип із домінуючою неухважністю є іншим психіатричним розладом, який характеризується:

- ♦ порушенням здатності фокусувати увагу і «реєструвати вхідну інформацію» (на відміну від труднощів з утриманням уваги при ГРДУ) – ці діти немов перебувають у когнітивному «тумані», вони «напівприсутні», «летаргічні», не до кінця свідомі того, що робиться довкола;
- ♦ нейропсихологічними характеристиками: зменшена швидкість опрацювання інформації, порушення пам'яті (зокрема здатності «витягувати» інформацію з «архіву»)

та швидкості цього процесу) при відсутності значних порушень виконавчих функцій лобної кори і відповідно проблем з імпульс-контролем;

- ♦ типовими характеристиками поведінки цих дітей часто є «відсутність», «сон наяву», «розгубленість», повільність реакцій, моторна сповільненість. Ці діти звичайно не створюють особливих проблем іншим, а тому вони не зазнають проблем із «активним» відкиненням, хоча і також можуть мати проблеми з соціальними навичками і бути соціально ізольованими. Ці діти мають високий, як і при комбінованих формах ГРДУ, індекс коморбідності щодо специфічних розладів шкільних навичок, депресії і тривожних розладів.

На думку Barkley, цей підтип ГРДУ є швидше окремою нозологічною одиницею, яку він називає розладом фокусування уваги, і яка патогенетично пов'язана не з порушенням виконавчих функцій та імпульс-контролем, а з системою фокусування уваги та асоціативними відділами кори, зокрема порушенням зв'язків із гіпокампом, який є важливою частиною системи пам'яті. Barkley висуває гіпотезу, що, можливо, нейротрансмітерна система, яка задіяна при цьому розладі, є норадренергічною.

Наразі немає єдиної думки щодо питання нозологічної приналежності підтипу з домінуючою неухважністю. Імовірно, що він теж не є однорідним і що лише частина дітей із цим розладом відповідає характеристикам розладу фокусування уваги, а інша є проявом легшого підтипу ГРДУ, при якому дефіцит самоконтролю більше проявляється на когнітивному рівні (контроль уваги, мислення, емоцій), аніж вираженої моторної гіперактивності. У цієї підгрупи дітей симптоми гіперактивності-імпульсивності можуть бути виражені субклінічно і тому «не наберуть» достатньої кількості балів для діагнозу комбінованої форми. З огляду також на те, що симптоми моторної гіперактивності піддаються значному пом'якшенню з віком (на відміну від імпульсивності на когнітивному рівні), виокрем-

лення підтипу з домінуючою неухважністю може мати важливе значення власне у групі підлітків та дорослих. Саме дітям, які в шкільному віці мали діагноз комбінованого підтипу, у підлітковому та дорослому віці може більше відповідати підтип із домінуючою неухважністю. Ще одним голосом «за» щодо нозологічної єдності підтипів (чи принаймні частини дітей із підтипу з домінуючою неухважністю) є факт позитивної реакції на медикаментозну терапію психостимулянтами, які в обох підтипах дають ефект, хоч і в підтипі з домінуючою неухважністю у менших дозах і з дещо вищим показником резистентності (30% проти 15% при комбінованому підтипі).

На цей момент питання підтипів ГРДУ та клінічного значення їх виокремлення продовжує інтенсивно досліджуватися.

Ступені важкості

Хоча дотепер у жодній діагностичній системі не виокремлені ступені важкості ГРДУ, кожен клініцист свідомий того, що навіть у межах одного підтипу в одній віковій групі ступінь вираженості симптомів гіперактивності-імпульсивності-неухважності та їх первазивність (тобто присутність в усіх сферах життя дитини) може бути дуже різною. Це обумовлено, як уже згадувалося вище, етіологічним поліморфізмом ГРДУ – у кожної дитини біологічне підґрунтя розладу дещо відмінне – закономірно, і його клінічна картина є також поліморфною за ступенем та характером вираженості симптомів. Тому з погляду клініки та прогнозу виокремлення ступенів важкості має свій сенс і практичне значення. Окремі автори-клініцисти пропонують розглядати легку, помірну та виражену за ступенем важкості форми ГРДУ (Terdal et al, 1993).

Вторинні проблеми та супутні розлади

Іншою особливістю ГРДУ є те, що цей розлад часто призводить до розвитку вторинних проблем і їхня присутність чи відсутність значною мірою визначає прогноз дитини. Можна сказати, що ГРДУ є свого роду каталізатором реакцій соціаль-

ного середовища і залежно від того, яку підтримку та допомогу має дитина з ГРДУ – в одному середовищі цей розлад каталізує розвиток вторинних соціальних проблем, в іншому – ні. Це розлад, у якому головні етіологічні фактори біологічні, а головні прогностичні – психосоціальні.

Отже, наявність чи відсутність вторинних проблем визначає «обличчя» дитини з ГРДУ.

Так, прямими безпосередніми наслідками ГРДУ є проблеми щонайменше в декількох сферах життя дитини: сім'я, стосунки з ровесниками, поведінка в школі та на вулиці, навчання. Але, звісно, ступінь вираженості цих проблем та й узагалі їхня наявність залежать не лише від присутності в дитини ГРДУ, але й від того, як реагує соціальне оточення на дитину, чи допомагає їй долати викликані розладом обмеження. Пам'ятаючи, що ГРДУ є свого роду «невидимою неповносправністю», можна провести аналогію, наприклад, із дитиною, що не вміє ходити, а тому користується візком. Якщо такій дитині вдало підібрано візок, якщо нема архітектурних перешкод і школа адаптована до її інтеграції в звичайний клас – така дитина буде мати значно кращі можливості академічного навчання та соціального розвитку, аніж за умови домашніх занять з учителями раз у тиждень... Ступінь обмежень, викликаних неповносправністю, визначається не лише самою неповносправністю, але й адаптацією середовища і т.д. Звичайно, ступені неповносправності дитини з ДЦП і з ГРДУ значно відрізняються, тому це порівняння є дуже умовним.

У разі негативної взаємодії з соціальним середовищем у дитини з ГРДУ можуть наростати поведінкові проблеми у формі опозиційної, агресивної та врешті антисоціальної поведінки, можуть бути значно порушені соціальні стосунки – як із рідними, так і з ровесниками – відповідно, формується дефіцит соціальних та комунікативних навичок; наростають академічні невдачі в школі – і вже як наслідок усього цього розвивається негативна самооцінка, порушується розвиток особистості, виникають вторинні психіатричні розлади.

Наявність супутнього, коморбідного психіатричного розладу для дітей та дорослих із ГРДУ є радше закономірністю, аніж винятком. За даними досліджень (Gillberg et al, 2004; Pliszka, 1998) щонайменше 85% дітей із ГРДУ мають бодай один коморбідний розлад, а щонайменше 60% – два.

Основні коморбідні розлади у дитинстві:

- Розлади поведінки (40-60%): з опозиційною, агресивною та антисоціальною поведінкою
- Розлади розвитку мови та шкільних навичок (25-40%)
- Тривожні та соматоформні розлади (21-40%)
- Депресія (16-26%), біполярний розлад
- Тіки (до 20%) – у тому числі синдром Жілля де ля Туретта
- Розлад розвитку координації рухів (до 50%)
- Розлади спектру аутизму, розумова відсталість, гранична інтелектуальна недостатність
- Енурез, розлади сну

У підлітковому та дорослому віці додаються:

- Розлади особистості
- Зловживання/ узаалежнення від алкоголю та наркотиків
- Розлади імпульс-контролю

Щодо можливих механізмів коморбідності, то їх можна розглядати принаймні декілька:

1. Один етіологічний фактор викликає водночас два розлади (напр., органічне ураження центральної нервової системи призводить до ГРДУ та розладу розвитку експресивної мови, або одні й ті ж гени та спричинені ними біохімічні порушення викликають як синдром Жілля де ля Туретта, так і ГРДУ)
2. Коморбідний розлад є наслідком, ускладненням ГРДУ та вторинних до нього проблем (напр., розлад поведінки, депресія, соціальна фобія є ускладненням/наслідком ГРДУ). Можлива також поєднана дія цих двох факторів.

3. Два різних етіологічних фактори присутні водночас і викликають два різні психіатричні розлади (напр., генетичний фактор обумовлює розвиток у дитини ГРДУ, а зловживання матір'ю алкоголем під час вагітності – ще й легку розумову відсталість)

Утім, якими б не були наукові гіпотези, що пояснюють високий індекс коморбідних розладів при ГРДУ, існують дуже важливі, умовлені ними, клінічні висновки: *при ГРДУ завжди треба активно шукати коморбідні розлади, їхня присутність часто є значно більш визначальною щодо прогнозу дитини, ніж сам ГРДУ. Відповідно й при інших розладах треба завжди пам'ятати про можливість ГРДУ, який часто ховається за маскою супутніх проблем. Терапія повинна бути скерована як на ГРДУ, так і на коморбідні розлади і має бути специфічною у кожному випадку.*

Гендерні особливості ГРДУ

ГРДУ є також розладом, який має певні гендерні відмінності як у презентації симптомів, наявності вторинних проблем та супутніх розладів, поширеності підтипів у групах різних статей, так і щодо клінічних наслідків, діагностики та терапії. Довгий час вважалося, що ГРДУ є розладом виключно хлопців і щойно дослідження, проведені упродовж двох останніх десятиліть (Gaub, 1997; Nadeau 1999; 2002), показали, що в дівчат він реально поширений значно частіше, ніж уважалося досі: у клінічній популяції співвідношення хлопців із ГРДУ до дівчат знаходиться в межах від 9:1 до 6:1, при епідеміологічних обстеженнях у загальній популяції в межах до 3:1. Власне, стереотип сприймання ГРДУ як специфічного розладу хлопців призводить до того, що у дівчат ГРДУ часто не виявляється і відповідно їм не надається належна допомога, попри те, що наслідки розладу для них можуть бути так само серйозними.

У нижченаведеній таблиці підсумовано дані досліджень щодо гендерних відмінностей при ГРДУ (Arcia et al, 1998; Gaub, 1997; Biederman et al, 1999).

Дівчата

У дівчат більше вторинних ускладнень за механізмом інтерналізації — депресія, соціальна фобія, інші тривожні та соматоформні розлади, проблеми з низькою самооцінкою тощо. У дівчат симптоми ГРДУ проявляються менш екстерналізовано і на перший план виходять симптоми неуважності, проблеми з організацією діяльності, труднощі в спілкуванні, проблеми з навчанням. Труднощі у соціальних стосунках у дівчат частіше приводять до соціальної ізоляції, переважно вербальної та непрямой агресії на відміну від прямої фізичної агресії у хлопців.

У дівчат частіше діагностується підтип із домінуючою неуважністю — відповідно, більш часто наявні супутні розлади шкільних навичок та інтелектуальна недостатність.

Хлопці

У хлопців більше вторинних ускладнень за механізмом екстерналізації — агресивна та антисоціальна поведінка. Симптоми ГРДУ у хлопців, відповідно, також більш «екстерналізовані» — гіперактивність, імпульсивність, — тому їхня проблемна поведінка більше помітна і, можливо, тому їхні батьки частіше звертаються за допомогою. Свої труднощі у соціальних стосунках хлопці частіше вирішують за допомогою агресивної поведінки — відповідно, батьки звертаються за психіатричною допомогою радше тому, що занепокоєні більше агресивною поведінкою, аніж симптомами ГРДУ.

У хлопців набагато частіше зустрічається комбінований підтип, частіше, ніж у дівчат присутні супутні розлади у формі агресивної та антисоціальної поведінки.

Утім, зрозуміло, що це лише статистичні відмінності, виявлені при порівнянні великих груп дітей. Насправді і між дівчатами, і між хлопцями з ГРДУ є багато відмінностей — і водночас багато спільного, у кожної дитини свій індивідуальний варіант розладу. Статистичні гендерні відмінності не повинні перетворитися у ще один стереотип, який затулятиме реальну індивідуальність кожної дитини.

Вікова динаміка ГРДУ

Іншим аспектом розмаїтості облич ГРДУ є віковий фактор. Прояви цього розладу є іншими у різні вікові періоди розвитку людини. Про це детальніше йтиметься у наступному підрозділі.

Підсумок

- ❑ ГРДУ є поліморфним розладом, який має багато облич.
- ❑ ГРДУ характеризується ситуативною варіабельністю, мінливістю симптомів – і це обумовлює часті суперечності у сприйнятті проблем дитини як батьками, так і фахівцями.
- ❑ У діагностичній класифікації DSM-IV виділено три підтипи ГРДУ, хоча досі існують дискусії в науковому та клінічному середовищі, чи різні підтипи – це прояви одного розладу, чи радше окремі нозологічні одиниці.
- ❑ З погляду клінічної та прогностичної цінності можна розрізнити різні за ступенем важкості форми ГРДУ: легку, помірну та виражену.
- ❑ ГРДУ є розладом, що часто призводить до розвитку вторинних проблем – поведінкових, соціальних, академічних; однак наявність чи відсутність цих проблем обумовлена не тільки присутністю ГРДУ, але й характером взаємодії дитини з соціальним оточенням, тією підтримкою, яку вона отримує, чи, навпаки, її відсутністю. ГРДУ є розладом, за якого головні етіологічні фактори біологічні, а головні прогностичні – соціальні.
- ❑ ГРДУ є розладом із високим індексом коморбідності, тобто наявності супутніх психіатричних розладів. Про це дуже важливо пам'ятати в клінічній практиці з огляду на важливість вчасного виявлення та адекватної терапії коморбідних розладів у дітей із ГРДУ.
- ❑ ГРДУ у дівчат є часто прихованим розладом, маніфестується дещо по-іншому, ніж у хлопців, проте так само потребує належної клінічної уваги та адекватної терапії.

ВІКОВА ДИНАМІКА ГРДУ

Симптоми ГРДУ є іншими у кожній віковій групі, відповідно, дещо специфічними є вторинні наслідки та проблеми, пов'язані з цим розладом. У цьому розділі розглянемо вікову динаміку ГРДУ, розуміння якої є дуже важливим з огляду на необхідність надання особам із ГРДУ та їх оточенню специфічної щодо віку допомоги.

Деякі батьки зазначають, що вже внутрішньо їхня дитина була «гіперактивною» – багато рухалася, штовхалася і явно відрізнялася від своїх братів чи сестер. Часом це є проявом внутрішньої гіпоксії, а часом уже генетично закладеного темпераменту.

На першому році життя у деяких (не всіх!) дітей із ГРДУ відзначаються ознаки так званого «важкого» темпераменту. Це діти, які багато й інтенсивно плачуть, легко «дратуються», в яких часто домінує негативний настрій, які є сенсорно гіпербудливі, погано адаптуються до змін у режимі, мають неврегульовані біологічні ритми сну, харчування та високий рівень активності. Ознаки «важкого» темпераменту хоча й зустрічаються в дітей із ГРДУ частіше, втім, не є обов'язковими, у частини дітей із ГРДУ їх немає в ранньому дитинстві; варто зазначити також, що велика частина дітей із таким темпераментом виростає без ГРДУ. Тому ці ознаки справді не є патогномонічними. Тим не менше діти з «важким» темпераментом представляють для батьків особливу трудність і батьки потребують кваліфікованої допомоги, щоб адаптуватися до специфіки своєї дитини і «знайти правильний підхід»... У частини дітей із ГРДУ (теж далеко не у всіх) спостерігається прискорений моторний розвиток і батьки зазначають, що «дити-

на уже в 9 місяців бігала як тайфун по хаті», «він не пішов, а зразу побіг» і т.п.

Віковий проміжок від одного року до шести є для багатьох батьків найважчим, оскільки типово присутні у цей час у всіх дітей опозиційність, негативізм, схильність до емоційних реакцій помножені на імпульсивність та гіперактивність дитини з ГРДУ створюють справжню «вибухову суміш»... Відповідно й одне з головних завдань батьківства у цей час – допомога дитині у розвитку самоконтролю, навчання дитини соціальних правил поведінки є особливо важким, і без застосування додаткових, специфічних для дітей із ГРДУ технік дисципліни батьки можуть відчувати себе неефективними і неспроможними у своїй батьківській ролі...

Основними симптомами ГРДУ в дитини цього віку буде моторна гіперактивність, «некерованість» та схильність до сильних емоційних реакцій. Моторна гіперактивність у цей час звичайно виражена найбільше – і саме від неї та непослуху, за класичною назвою відомої книжки, у цей період батьки «сходять з розуму». Вдома, у транспорті, в громадських місцях, на ігровому майданчику – дитина нестримна в своїй потребі рухатися, досліджувати, шукати нових вражень та пригод. Водночас батьки, яким годі «наздогнати» своє дитя, переживають стрес, оскільки відчувають напруження, намагаючись убезпечити дитину, запобігти нещасному випадкові чи просто змусити дитину робити те, що очікується, іти туди, куди зібралися і т.д.

Саме в цей віковий період моторна гіперактивність може часто не сприйматися багатьма батьками як «симптом», оскільки для багатьох дошкільнят вона є типовою, хоч і не в такій інтенсивності, та й не створює такого значного конфлікту середовищу, адже дорослі звичайно не обмежують дітей-дошкільнят у можливості рухатися і вимог на зразок непорушно сидіти в школі на уроці ще немає. Мабуть, також саме тому у цей час батьки звичайно й не пред'являють скарг щодо порушення уваги – адже вимог щодо її тривалої концентрації в цей

період також нема. Хоча при цільовому опитуванні вони звичайно виявляються – наприклад, дитина дуже мало цікавиться книжками, швидко «знуджується» і віддає перевагу більш активним заняттям. Можна сказати, що симптоми ГРДУ в цьому віці є гіперболізацією типових для цього віку характеристик поведінки дитини, а тому часто можуть сприйматися батьками, як щось тимчасове, що мине із часом. Саме тому в цей час батьки часто просто чекають, що до школи поведінка дитини зміниться і до фахівців не звертаються.

Іншою типовою трудностю цього віку є некерована поведінка дитини. Як уже згадувалося, завданням батьків для дитини цього віку є навчити малюка соціальних норм поведінки, виробити кооперабельність – тобто вміння співпрацювати з іншими, зокрема виконувати вказівки, дотримуватися правил, враховувати соціальні наслідки своїх дій і т.д. Термін «кооперабельність» краще відповідає демократичним принципам виховання, аніж більш звичний термін «послух», який у варіанті абсолютної покори зі страху кари, відкинення в авторитарному стилі виховання може бути певною ціллю для батьків, але ж ніяк не відповідає запитові повноцінного психологічного розвитку дитини. Відповідно, з метою розвитку кооперабельності та самоконтролю у дитини батьки стикаються з нелегким завданням мудрої дисципліни, в сенсі не лише покарання, але ширше – за своїм походженням із латинської мови слово дисципліна означає *навчання*. І це є тою сферою, яка з огляду на імпульсивність дітей з ГРДУ та інші їхні вищезгадані нейропсихологічні особливості обумовлює особливі труднощі цих дітей у навчанні самоконтролю згідно з правилами, очікуваннями інших і т.д. Попри усі свої численні спроби навчити дитину понять «ні», «не можна» «треба» і т.п. – батьки стикаються з невдачею за невдачею. Отож часто наростає розчарування: дитиною («злий характер»), собою («ми – погані батьки»), методами дисципліни («нічого не допомагає»), одним однім («це вона так розбалувала дитину»), батьківством («якби

ми знали, що то так важко, може не народжували б...»). Отож, знижується самооцінка в батьків, наступають емоційні «зриви», наростає зневіра. В окремих випадках з огляду і на нервові виснаження, роздратування, і на неефективність більш «демократичних» методів дисципліни – з'являються спроби контролювати дитину шляхом фізичного покарання, чи то пак емоційного шантажу, залякування типу «віддамо тебе в міліцію чи в інтернат, якщо будеш таким неслухняним». Зрозуміло, що це вносить серйозні проблеми в стосунку батьки-дитина і аж ніяк не сприяє покращенню поведінки. І тоді настає фаза зневіри в усіх методах дисципліни – і та ж таки дисципліна стає або вкрай непослідовною, або взагалі відсутньою. Тоді можливостей навчитися самоконтролю та соціально прийнятної поведінки в дитини стає ще менше, а за умови негативних стосунків із батьками в неї може взагалі зникнути основний соціальний мотив до розвитку самоконтролю. Дитина займе виразно опозиційну, ворожу позицію: «мене не люблять, не поважають, отож і я нікого не поважатиму і діятиму усім наперекір». Саме в цьому віці можуть закладатися передумови значно серйозніших соціальних проблем, які можуть проявитися уже в більш старшому віці...

Іншим типовим симптомом цього віку є схильність дитини до сильних та частих емоційних реакцій – кожна фрустрація дитини, зіткнення з «не можна», кожна відмова батьків виконати її бажання може викликати бурхливу емоційну реакцію. Дати собі раду зі схожими частими реакціями дитини цього віку, ефективно взаємодіяти з дитиною без того, щоби просто миттєво здаватися і відступати перед волею дитини є нелегким завданням для батьків і часто саме в цій сфері вони потребують найбільше допомоги від фахівців. З огляду на сильну волю дитини та інтенсивний тиск з її боку на батьків щодо виконання її бажань не дивно, що батьки часто здаються. Зрозуміло, що аж ніяк не йдеться про те, щоб дитині в усьому відмовляти, але якщо встановлене важливе правило поведінки, то наполягання дорослих в одних ситуаціях, щоб воно викону-

налюся, а в інших за умови бурхливих емоційних протестів – відмова від його виконання призводитиме лише до того, що дитина зрозуміє, як можна добитися свого, тиснучи на батьків і це тільки поглиблюватиме її поведінкові проблеми.

Іншою проблемною сферою цього віку є труднощі в стосунках із ровесниками, а зокрема агресивність – у випадку протистояння, відмови поділитися іграшкою і т.д. Усвідомлення наслідків і контроль власної поведінки в її соціальному контексті дітям із ГРДУ дається не одразу і нелегко...

З огляду на те, що ГРДУ має різні ступені важкості, проблемна поведінка дітей цього віку, які мають легку форму ГРДУ, може не створювати значних проблем, а тому батьки можуть не усвідомлювати наявності розладу у дитини і відповідної потреби у допомозі. Багатьом батькам вдається самостійно піднайти ефективні способи впливу на поведінку дитини і вони загалом можуть не мати значних труднощів у цьому віковому періоді. Інколи поведінка дитини може становити найбільшу трудність для вихователів дошкільних закладів, якщо дитина таки відвідує – і трапляється, що саме вихователі мотивують батьків до звернення за професійною допомогою. Психологи та вихователі дошкільних закладів перебувають в особливо сприятливій позиції щодо раннього виявлення ГРДУ та ефективної допомоги сім'ї та дитині – тому дуже важливою є їхня поінформованість щодо сучасних підходів допомоги таким дітям. У дітей, що мають важчу форму ГРДУ, інтенсивна вираженість симптомів і значні труднощі в керівництві поведінкою дитини змушують батьків уже з раннього віку шукати професійної допомоги – і це дуже важливо – вчасно і ефективно втрутитися в проблему, перш ніж з'являться вторинні ускладнення та додаткові розлади. На жаль, часом буває і так, що, звертаючись за допомогою, батьки натикаються на некомпетентні спроби допомоги або ж узагалі заперечення існування труднощів, і це підриває довіру батьків до фахівців і утруднює можливість продуктивної співпраці у майбутньому.

Наступний віковий етап – 6-11 років – є основним щодо виявлення ГРДУ, адже саме в цей час дитина йде до школи і з'являється велика кількість вимог щодо поведінки дитини, зосередження уваги – і саме тут на тлі однокласників труднощі й особливості дитини з ГРДУ не помітити дуже важко. Саме симптоматику цього віку типово описують усі підручники та діагностичні класифікації, і саме тут яскраво проявляється діагностична тріада гіперактивність – порушення уваги – імпульсивність. Наслідками наявності в школяра ГРДУ стає проблема поведінка на уроках і в школі загалом, проблеми зі шкільною успішністю та у стосунках із однокласниками та вчителями. Для батьків додається стрес, пов'язаний із зауваженнями і викликами до школи щодо поведінки та успішності, а також необхідність часо- та енергоємної допомоги дитині з домашнім завданням. Усвідомлення невдач власної дитини, її соціальних труднощів (самотність, відсутність друзів, відкинення та глузування з дитини); того, що вона не освоює навчальної програми – «*хоч може*», наростання проблем у стосунках між дитиною та батьками звичайно мобілізує батьків до активних спроб допомогти дитині і зокрема пошуку професійної допомоги. У мотивуванні батьків можуть відіграти дуже позитивну роль учителі молодшої школи. Від їхньої особистої, педагогічної позиції та фахової компетенції залежить значною мірою доля дитини. Саме школа, після сім'ї, є наступним за значенням чинником у визначенні прогнозу щодо майбутнього дитини.

Зростання вимог у школі зумовлює більшу інтенсивність зусиль, які прикладають батьки до дисциплінування своєї дитини. Вчителі очікують, що батьки впливатимуть на процес навчання і виховання, і вже саме батьківське усвідомлення неспроможності відповідати цим очікуванням призводить нерідко до напруженості між батьками і дитиною, наростання внутрісімейних конфліктів.

Ті труднощі (соціальні, академічні, сімейні), які можуть прогресивно наростати в частини дітей із ГРДУ, що не мають на-

лежної допомоги та підтримки з боку як батьків, так і фахівців, можуть призводити до формування в дитини низької самооцінки, втрати віри в себе, у свої академічні здібності чи ж у свою привабливість як друга для ровесників – і, відповідно, до втрати мотивації до навчання, соціальної ізоляції, чи, навпаки, спроби домогтися прихильності часом у дуже хибний спосіб. Непопулярність між дітьми, низька самооцінка є психологічним підґрунтям таких проблемних форм поведінки, як агресивна поведінка (зокрема в школі щодо ровесників), «клоунада» на уроках з метою привернути увагу/здобути популярність, намагання «купити» дружбу подарунками, грошима, які виносяться потайки з дому, щоби придбати для «друзів» чіпси і т.п. Відкинена однокласниками дитина може опинитися врешті-решт у антисоціальному товаристві, де «всіх приймають», але з метою залучення до антисоціальної поведінки і реалізації корисливих цілей старших дітей та підлітків, а то й дорослих з уже сформованою антисоціальною особистістю. Зважаючи на потребу дитини в прийнятті до групи, а також на піддатливість дітей із ГРДУ на маніпуляції, імовірно, що ці діти можуть бути використані такими старшими «авторитетами» антисоціальних угруповань для здійснення своїх певних намірів. З огляду на ці фактори (а також додаткові чинники, наприклад, мультипроблемність сім'ї з психічною патологією у батьків), у частини дітей із ГРДУ в шкільний період спостерігається розвиток серйозних вторинних поведінкових проблем – зокрема, агресивної та антисоціальної поведінки.

Важливо зазначити, що вторинні розлади та проблеми наявні далеко не в усіх дітей, тим більше вони не є вирокком і остаточним вердиктом для дитини, вони пов'язані насамперед із недостатнім розумінням та допомогою дитині з боку соціального середовища. Ефективні методики залучення до допомоги дитині сім'ї та вчителів можуть запобігти розвитку вторинних ускладнень і сприяти здоровому психологічному зростанню дитини з ГРДУ. Відповідно, цей віковий етап

у становленні особистості може бути ключовим не лише щодо наростання проблем, але й щодо їх ефективного вирішення, досягнення успіхів у різних сферах життя та соціальної інтеграції дитини...

Підлітковий вік розставляє свої акценти. З одного боку, він є продовженням попередніх етапів розвитку дитини – і, відповідно, продовженням проблем чи, навпаки, досвіду їх долавання. Окрім того це вік, який сам по собі містить компонент неминучої опозиційності у стосунку з дорослими – а тому в підлітка з ГРДУ це може бути опозиційність подвоєного ступеня вираженості... Тому для сім'ї та учителів це може бути особливо складний час у сенсі конфліктності довкола правил та очікувань щодо поведінки, «послуху» тощо. Емансипаційні прагнення підлітка, його потреба незалежно поводитися і робити «дорослі», себто заборонені, речі, помножені на нездатність особи з ГРДУ оцінювати ризики та наслідки своїх дій, так само може призводити до нових проявів проблемної поведінки – зловживання алкоголем та наркотиками, водіння автомобіля без дозволу чи то у нетверезому стані та ін. Закономірно зростають у частоті й різні нещасні випадки, дорожньо-транспортні пригоди, правопорушення. Інше завдання підліткового віку – відкриття та інтеграція сексуальності – так само, з огляду на імпульсивні, непродумані дії може мати для частини підлітків з ГРДУ небажані наслідки, зокрема незаплановану вагітність, венеричні хвороби і т.д.

У тієї частини дітей, які мали багато вторинних проблем ще з попереднього вікового етапу, труднощі з академічною та соціальною успішністю, самооцінкою, ізолюваністю, досвідом відкинення у підлітковий період можуть призводити до розвитку депресії та пов'язаних із нею зловживань алкоголем/наркотиками чи спроб самогубства. Дослідження (їх огляд див. Goldstein, 1998, с. 172-187) підтвердили підвищену частоту проблем такого характеру у підлітків із ГРДУ, зокрема, поширеність зловживання алкоголем та наркотиками становить

близько 30%. Відповідно й антисоціальна поведінка може прогресувати за ступенем важкості ще з попереднього етапу або ж з'явиться саме тепер. За статистичними даними, поширеність антисоціальної поведінки серед підлітків із ГРДУ становить близько 35%.

Щодо самої маніфестації симптомів ГРДУ, то в підлітковому віці відбувається їх певний патоморфоз, модифікація. Зокрема спостерігається значне зменшення моторної гіперактивності. Можливо, саме на основі цього виник міф про те, що ГРДУ діти переростають. Та з огляду на сучасну концепцію патогенезу розладу, де центральним є порушення самоконтролю, стає зрозуміло, що моторна гіперактивність, хоч і є найбільш «видимим» симптомом і відповідно є його «візитівкою», аж ніяк не становить головну проблему. На жаль, інші симптоми ГРДУ, хоч і можуть дещо пом'якшитися з віковим дозріванням головного мозку, однак залишаються і надалі. Це, зокрема, стосується імпульсивності, проблем із самоорганізацією та плануванням, порушень уваги, порушень емоційного контролю. Продовжуються і зумовлені ними проблеми в соціальних стосунках (зокрема комунікативні труднощі), у навчанні та самоорганізації поведінки в цілому. Але значення цих проблем у підлітковому віці, зрозуміло, є уже дещо іншим. Якщо для підлітка набагато важливішими, ніж для дитини молодшого шкільного віку, є стосунки і самоствердження в середовищі ровесників, то зрозуміло, що непопулярність, самотність, досвід відкинення чи глузування будуть переживатися значно важче. Відповідно зростає і ризик агресивної поведінки у відповідь або ж ризик пошуку приналежності до антисоціальної групи. В інших підлітків це може призводити до більш «інтерналізованих» проблем, наприклад, депресії чи соціальної фобії і т.п. Те саме стосується й академічних невдач: це вже непросто – як, приміром, бути залишеним на другий рік у першому класі – для багатьох підлітків ці невдачі означають відсутність перспектив щодо здобуття вищої освіти, професії, чи навіть завершення навчання у середній школі...

З огляду на таку дещо відмінну презентацію симптомів, і зокрема відсутність вираженої моторної гіперактивності більшість підлітків з ГРДУ, яким не було діагностовано розлад у ранньому віці, мають низькі шанси на те, що в них цей розлад буде правильно діагностовано і відповідно надана специфічна допомога. І якщо підлітки з ГРДУ і потрапляють у сферу охорони психічного здоров'я, то звичайно з уже вторинними проблемами – чи то депресія, чи агресивна поведінка, зловживання алкоголем і т.п. Зрозуміло, що за маскою цих розладів помітити ГРДУ і відповідно надати специфічну допомогу, яка має певні особливі щодо віку аспекти, є теж не легко і стається це теж, на жаль, нечасто...

Як уже згадувалося, ГРДУ є пожиттєвим розладом і його симптоми присутні в дорослому віці. Лише у третині випадків (ідеться про легші форми ГРДУ) цей розлад із віком втрачає свою симптоматику, у решти сімдесяти відсотків розлад простежується упродовж цілого життя. Попри те, що 3% дорослого населення мають ГРДУ, специфічну щодо цього розладу допомогу отримує лише дуже незначна частина потребуючих, що дозволяє говорити про ГРДУ як про один із найбільш прихованих і замаскованих розладів дорослого віку. «Масками» цього розладу стають чимало інших вторинних соціальних та психіатричних проблем дорослих осіб із ГРДУ. Попри те, що дорослі люди з ГРДУ можуть мати за належної підтримки та допомоги повноцінне доросле життя, багато з них, на жаль, у зв'язку з негативним досвідом дитинства, мають багато серйозних труднощів (Weiss, 1997; Goldstein, 1998; Barkley, 1996). Ці труднощі є наслідками не лише ГРДУ, але й тих соціальних проблем, які тягнуться з дитинства, і вторинних психологічних – як-от низька самооцінка, порушення формування особистості тощо. Частина дорослих осіб із ГРДУ з огляду на те соціальне середовище, в якому вони росли, досвід невдач та відкинення, мають серйозні проблеми з соціальною адаптацією в дорослому віці – антисоціальний розлад особистості,

кримінальні дії, життя «поза законом». Ще в частини проблеми у сфері здобуття професійної освіти, праці та заробітку – відсутність професійної освіти, низькооплачувана робота, часті зміни роботи, безробіття, низький соціально-економічний стан, бідність. Значна частина дорослих із ГРДУ мають також труднощі в соціальній сфері – сімейні проблеми чи ж узагалі відсутність сім'ї, відсутність позитивних міжособистих стосунків, самотність або приналежність до різних «нездорових» колективів/соціальних груп... Зрозуміло, що наявність таких проблем пов'язана і з підвищеною частотою вторинних/коморбідних психіатричних розладів – зловживання/узалежнення від алкоголю/наркотиків, азартних ігор, розлади настрою, тривожні та соматоформні розлади особистості; підвищений ризик самогубства та нещасних випадків, зокрема дорожньо-транспортних пригод.

І знову ж таки важливо наголосити, що така доля не є неминучою, за належної допомоги діти з ГРДУ можуть мати щасливе майбутнє – і в дорослому віці, попри наявність симптомів самого розладу, можуть ефективно функціонувати і у професійній сфері, і в соціальній, між особистіями, можуть не мати вторинних проблем із психічним здоров'ям. Більше того, і в дорослому віці багатьом особам із ГРДУ можна допомогти – і в останні роки багато наукових досліджень та експериментальних клінічних програм сфокусовані на пошуку ефективних втручань для дорослих із ГРДУ (Brown, 2000; Weiss, 1997; Hallowell, 1995; Nadeau, 2002).

Щодо симптоматики ГРДУ в дорослому віці, то вона також має свої особливості і виглядає «по-дорослому», хоча більшість симптомів є прямим продовженням попередніх. «Дорослими» проявами моторної гіперактивності є високий рівень активності, потреба постійно щось робити, не сидіти на місці, а також схильність часто міняти положення тіла, часто перебирати щось руками, інтенсивна жестикуляція і т.п. Проблеми з неухважністю проявляються насамперед у спілкуванні, а також –

забудькуватістю, схильністю губити/забувати речі, особливою трудностю тривало і зосереджено працювати над малоцікавим завданням – відповідно, такі завдання або взагалі уникаються/переносяться «на потім», або ж супроводжуються потребою часто робити перерву, переключатися на інші більш цікаві справи, або взагалі покидати справу і братися до чогось нового. Так, як і в дитинстві з домашнім завданням, малоцікава робота буде супроводжуватися численними відкладаннями, відволіканнями і спробами взагалі її уникнути. Імпульсивність буде проявлятися схильністю перебивати співрозмовника, нетерпеливістю, надмірною емоційністю та «розкутістю» у спілкуванні («говорить, не думаючи», «що в голові, то на язичку»), труднощами з самоорганізацією (типovým є так званий «хаотичний стиль життя»), безлад вдома, нездатність підтримувати порядок), із веденням фінансів (імпульсивні, непередумані витрати на другорядні речі, нездатність планувати, заощаджувати) та домашнього господарства (вчасна оплата рахунків, виконання обов'язків, підтримання порядку і т.п.), дотриманням зобов'язань та імпульсивним мисленням (незоровані, хаотичні думки – на зразок уже згаданого «конфетті»). Типові труднощі з плануванням та організацією своїх дій проявляються також частою неспроможністю «зібратися», щоби вчасно розпочати якусь справу (тому часті запізнення, затягування, затримки) – і довести її до кінця, вчасно і якісно завершити, загалом невмінням планувати та ефективно використовувати час, «володіти» часом. Відповідно, з цим можуть бути пов'язані проблеми як на роботі, так і в міжособистих стосунках. Надмірна балакучість, схильність домінувати в розмові, перебивати, скакати з теми на тему; неуважність у розмові (як реальна – часто просто «пропускають повз вуха» важливі частини інформації; так і враження неуважності, коли, наприклад, через мову тіла, часті рухи справляють враження, що їм нецікаво); забудькуватість та безвідповідальність щодо даних іншим обіцянок чи зобов'язань; надмірна емоційність (зокрема проблеми з конт-

ролем злості, схильність надмірно бурхливо реагувати на фрустрації) часто створюють проблеми людям із ГРДУ у побудові міжособистих стосунків. Часто вони зазнають осуду і відкинення з огляду на ці свої особливості, які сприймаються іншими як прояви «егоїзму та безвідповідальності». Відповідно, частими є проблеми у подружньому житті, проблеми відсутності/втрати друзів, колегіальних стосунків на роботі. ГРДУ – це «невидима неповносправність», а тому багато людей не усвідомлюють, що частину своїх проблем особа з ГРДУ не контролює або ж узагалі їх не усвідомлює. У випадку ж заниженої самооцінки людина з ГРДУ часто може не сприймати критики, проектувати винуватину на інших, цим тільки ще більше поглиблюючи конфлікти і відштовхуючи від себе інших.

Втім, у дорослому віці, як і в будь-якому, наявність ГРДУ може давати особі і певні сильні сторони та позитивні якості – про це буде більше сказано далі.

Підсумок

- Симптоматика ГРДУ є дещо іншою у кожному віковому періоді.
- У ранньому дитинстві частина дітей з ГРДУ має ознаки так званого «важкого темпераменту».
- Дошкільний вік іноді є найбільш стресовим для батьків з огляду на максимальну вираженість моторної гіперактивності та «некерованості» поведінки дитини; багато батьків у цей час не звертаються за фаховою допомогою в очікуванні, що – із віком минеться.
- Виявлення ГРДУ в дошкільному віці є передумовою найбільш ранньої допомоги сім'ї та дитині, поки немає вторинних ускладнень та проблем.
- Шкільний вік є основним етапом виявлення ГРДУ, основна проблематика цього періоду пов'язана з поведінковими проблемами в школі та вдома, академічною неуспішністю та проблемами стосунків із ровесниками.
- У разі відсутності правильної допомоги проблеми школяра з ГРДУ можуть наростати і з часом можуть розвинути-

ся вторинні ускладнення: негативна самооцінка, соціальна ізоляція, агресивна поведінка та ін.

- ❑ У підлітковому віці симптоми моторної гіперактивності, на відміну від інших симптомів розладу, звичайно значно зменшуються, але у частини підлітків із ГРДУ з'являються інші проблеми, пов'язані з ризикованою поведінкою, приналежністю до антисоціальних угруповань, вторинними емоційними розладами та ін.
- ❑ Сімдесят відсотків дітей із ГРДУ матимуть ознаки цього розладу і в дорослому віці – щонайменше це 3% дорослого населення.
- ❑ У дорослому віці ГРДУ є одним із найбільш прихованих та замаскованих розладів: його «масками» звичайно є інші соціальні та психічні порушення.
- ❑ За належної соціальної підтримки та компетентної професійної допомоги особа з ГРДУ може повноцінно себе реалізувати на кожному віковому етапі життя.

ДОСВІД СІМ'Ї, ДЕ Є ДИТИНА З ГРДУ

Сім'я є головним середовищем життя дитини і визначальним чинником у формуванні її особистості, а відповідно і її майбутнього. І це без сумніву передусім стосується і дитини з ГРДУ – для неї сімейний досвід є справді визначальним. Дослідження показали (їх огляд див. Barkley, 1996, с. 130-168), що головними факторами, які визначають прогноз дитини з ГРДУ, можливість її повноцінного розвитку та самоактуалізації є характеристики сім'ї дитини. Саме від них залежить ризик формування в дитини вторинних психосоціальних проблем. Як уже не раз згадувалося, ГРДУ є свого роду каталізатором, який в одному середовищі каталізує реакції, які призводять до одних наслідків, а в іншому – до інших. І саме соціальне середовище визначає характер і наслідок цих реакцій – чи будуть вони позитивно/негативно впливати на долю дитини та її сім'ї і якою мірою. Саме тому зважання на характеристики сім'ї, розуміння її досвіду та тісна співпраця з батьками в рамках сімейно-центрованого підходу є ключовими для забезпечення ефективної допомоги.

Присутність дитини з ГРДУ є великим стресом і особливим досвідом для всієї сім'ї, зокрема для батьків. Це дитина, яка з огляду на свої особливості породжує особливі виклики у вихованні. Вона не тільки створює постійно високий рівень шуму вдома, усе перевертаючи, часто ламаючи, розбиваючи, постійно потрапляючи в різні халепи – і потребує постійного нагляду, моніторингу та керівництва. Ця дитина є ще й особливо «непіддатною» для керівництва – попри безліч пояснень, роз'яснень, нотацій, зауважень – вона далі робить те, що не можна робити, – а те, що треба, далі не робить (перекреслюючи своєю

поведінкою всі очікування батьків і найближчого оточення). А якщо зважити, що, на відміну від побутової техніки дитина не прийшла в сім'ю з інструкцією з експлуатації, і батькам ніхто не пояснював, що це особлива дитина і вона потребує особливих підходів... Отож зрозумілим є досвід частих фрустрацій та розчарувань – як дитиною, так і собою, своїми невдачами та неспроможністю навчити дитину поводитися так, як треба.

Але це ще не вся частина досвіду: треба додати поради і коментарі близького оточення і просто перехожих, сусідів і т.д. «краще виховувати дитину», «це ви його/її так розбалували, це ваша вина». А зауваження зі школи: «робіть щось зі своєю дитиною», виклики до директора, поради перевести в іншу школу, постійний сором і страх «що ще моя дитина скоїть». Постійні відшкодування розбитих вікон, поламаних іграшок і т.д. Вибачення перед іншими за поведінку дитини. Злість на інших за брак толерантності і розуміння, за відмову гуляти разом, за небажання запрошувати в гості разом з дитиною. А колективні петиції батьків однокласників із вимогою перевести цю дитину в інший клас чи школу...

І це ще не вся частина негативного досвіду. Ще є подружні конфлікти зі з'ясуваннями, хто винен і хто і як має виховувати. Ще багатогодинні спільні «сидіння» за домашнім завданням. І відчай від проблем із неуспішністю. І конфлікти з дитиною – нервові зриви з криками та бійкою, а потім злість на себе і сором за свою поведінку. І відчуття втрати контакту з дитиною, нерозуміння один одного. Страх за майбутнє дитини. Страх за майбутнє братів/сестер. Брак підтримки. Відчай, самотність, безвихідь. Як із болем висловилася одна мама: «Я втрачаю свою дитину...»

Не дивно, що дослідження батьків дітей із ГРДУ показали високий рівень стресу – один із найвищих у порівнянні з іншими формами неповносправності у дитини (Mash et al, 1983; Vreen et al, 1988). ГРДУ є справді одним із найбільш стресогенних для батьків розладів. А наслідки високого рівня хроніч-

ного стресу добре відомі: це і зниження імунітету, розвиток психосоматичних захворювань, розлади психічного здоров'я. Тому надзвичайно важливим компонентом програми допомоги сім'ї дитини є навчання методів «володіння» стресом та безпосереднє вирішення тих проблем, які спричиняють стрес.

Особливістю досвіду сім'ї з огляду також на контраверсійність самого ГРДУ і наявність великої кількості міфів та непорозумінь довкола нього є стрес від нерозуміння, що робиться з дитиною і як їй ефективно допомогти. Багато сімей в Україні мають досвід негативної взаємодії з фахівцями – різні, суперечливі і незрозумілі діагнози, протилежні за змістом поради, різноманітні методи лікування і реабілітації (і, на жаль, переважна більшість із них це методи та засоби, які не мають жодних наукових та клінічних доказів їх ефективності); фінансові витрати, пов'язані з цим; негативне сприйняття дитини фахівцями, звинувачення батьків у певній контролювати дитину, часом справжня війна між батьками та вчителями з вимогою переведення дитини до іншої школи і т.п. Контраверсійність довкола того, що відбувається з дитиною і як їй допомогти часто присутня в самій сім'ї, де чоловік і дружина дуже по-різному сприймають ситуацію і пропонують різні підходи до її розв'язання. Звідси – непослідовність у вихованні і, як наслідок, поглиблення поведінкових проблем. Можна сказати, що брак інформації, розуміння, що відбувається з дитиною та ефективної співпраці з фахівцями у застосуванні результативних терапевтичних методів є одним із найбільших джерел стресу для сім'ї, в якій росте дитина з ГРДУ, в Україні. Тому з клінічної точки зору це підтверджує важливість психоедукації, освіти батьків. Це справді одне з найважливіших терапевтичних втручань.

Зрозуміло, що й отримання реальної інформації про стан дитини і в чому, власне, полягає її «невидима неповносправність», є емоційно нелегким для батьків. Адже з цим приходять усвідомлення обмежень своєї дитини, реальності життєвого розладу і втрата надії на спробивилікувати ГРДУ «одним курсом медикаментозної терапії». Емоційно примирити-

ся з цією реальністю є нелегким завданням. І можуть простежуватися схожі емоційні реакції, типові у ситуаціях, коли, наприклад, батьки довідуються про інші форми неповносправності дитини, наприклад, ДЦП, розумову відсталість: заперечення реальності щодо діагнозу та прогнозу, пошук «чудодійного» зцілення, злість, почуття провини, страх за майбутнє, відчай, пригніченість. Можна сказати, що завдання прийняття реальності включає в себе примирення з втратою того, чого, можливо, чекалося і хотілося від життя – як для своєї дитини, – так і для своєї сім'ї. Це примирення також із тим, що в житті будуть специфічні труднощі та випробування, які, на жаль, далеко не всі можна буде оминати чи уникнути. Це примирення з реальністю, як і її усвідомлення, не відбувається одномоментно, а триває впродовж життя. Але, безумовно, без прийняття діагнозу неможливо «працювати» з реальністю. Адже тільки тоді, коли емоційно ми можемо «відпустити» те, що є неможливим, ми можемо «інвестувати» у розвиток можливого, у допомогу дитині в розвитку та самоактуалізації. І тому в клінічній роботі з батьками треба бути уважним до їхніх почуттів і до їхньої емоційної реакції на усвідомлення особливих потреб своєї дитини. Примирення потребує часу. Але також і супроводу, і підтримки на цій дорозі, і допомоги в тому, щоб побачити позитивне як у дитині, так і в житті, побачити можливості розвитку, те, що можна змінити – і зосередити всю енергію на досягненні можливих змін.

Якими є інші характеристики досвіду сім'ї дитини з ГРДУ і можливі наслідки цього досвіду? Попри те, що багато батьків знаходять сили, підтримку і необхідні знання, щоб у позитивний спосіб справитися з викликами, пов'язаними з вихованням дитини з ГРДУ, дослідження показали також, що для частини сімей, котрі не мають необхідних власних ресурсів та зовнішньої допомоги, цей досвід може приводити і до певних негативних наслідків. Зокрема, було виявлено, що у батьків дітей із ГРДУ частіше, ніж у батьків із «контрольної групи», є проблеми з заниженою самооцінкою – зокрема в сфері батьківства, і це особливо стосується

матерів; а також вищі показники депресії (Lahey et al, 1988; Mash et al, 1983). Розвиток депресії є прогностично несприятливим фактором, бо призводить до поглиблення порушень у сфері батьківства та в житті сім'ї в цілому, породжуючи замкнене коло: наростання поведінкових проблем у дитини – самозвинувачення, низька самооцінка себе як батьків – розвиток депресії – поглиблення порушень у контактах з дитиною – подальше наростання поведінкових проблем. Тому виявлення та ефективні втручання як щодо проблем із самозвинуваченнями та заниженою самооцінкою, так і щодо депресії у батьків є надзвичайно важливими з огляду на клінічний прогноз та успіх усієї програми допомоги. Інколи передчасні спроби навчати батьків методів поведінкового керівництва, у випадку невиявлення існуючої депресії, наприклад, у матері, призводять до погіршення ситуації: адже в стані депресії мати буде неспроможна запроваджувати нові методи поведінкового впливу, отож зазнає черговою невдачі, а відповідно, ще більшого розчарування та зневіри, що «ніщо не допоможе».

Вищі показники стресу, заниженої самооцінки, самозвинувачень та депресії у матерів у порівнянні з батьками є зрозумілими з огляду на існуючу гендерну роль жінки як першочерговою відповідальною за виховання дітей на відміну від чоловіків, які переважно турбуються про фінансове забезпечення сім'ї. Дисфункційність та негативні наслідки для обох статей такого ригідного визначення гендерної ролі доведені на рівні соціології та психології, але ще далеко не сприйняті як такі, що потребують змін на рівні суспільної та індивідуальної свідомості. Страждають від цього як жінки з огляду на часту відсутність належної підтримки з боку чоловіка та його більш пасивну та відсторонену роль у вихованні дітей, так і чоловіки, бо внаслідок цього вони мають менш винагороджуючі та більш віддалені стосунки з дітьми, конфліктніші стосунки з дружинами і тягар надмірної самоідентифікації з розміром власного заробітку (зрозуміло, що це спрощено і узагальнено, реально і чоловіки, і жінки дуже різні). Тому з клінічної точки

зору надзвичайно важливо не тільки підтримувати матерів, але й активно залучати батьків, даючи змогу їм усвідомити власну важливість для дітей, важливість їх присутності у сім'ї та відповідальність за досягнення змін на краще. Міцні подружні стосунки, активна участь обох батьків у вихованні дітей є одним із найвагоміших факторів щодо позитивного прогнозу розвитку дитини з ГРДУ.

Іншою частою проблемою сімей є соціальна ізоляція. Це також досить зрозуміло з огляду на негативний досвід взаємодії сім'ї з навколишнім середовищем і досвід відкинення та уникнення сім'ї соціальним оточенням, самоізоляції сім'ї з метою уникнення неприємних ситуацій. Відсутність соціальної підтримки як від найближчої родини, так і від друзів, сусідів і т.п. є несприятливим фактором, адже, як відомо з досліджень наслідків хронічного стресу, наявність соціальної підтримки є першим захисним фактором щодо негативного впливу стресу на фізичне, психічне та соціальне здоров'я особи (Greenberg, 1999). Більше того, негативна взаємодія з соціальним оточенням може бути сама по собі фактором стресу для сім'ї та дитини. Тож у процесі діагностики важливо виявляти характер взаємодії сім'ї з соціальним оточенням, наявність соціальної підтримки і в «пакет» допомоги важливо добирати втручання соціального характеру, як-от групи взаємопідтримки «батьки для батьків», програми волонтерів і т.п. Без сумніву, не менш важливою є і загальна просвіта суспільства щодо дітей з ГРДУ та їхніх особливих потреб – що сприяла б як збільшенню розуміння, толерантності, так і зменшенню упереджень та негативного ставлення.

Вищі показники поширеності психічної патології у батьків дітей з ГРДУ, на жаль, стосуються не лише депресії. З огляду на генетичну природу цього розладу у батьків також часто спостерігається ГРДУ чи принаймні резидуальні, «залишкові» симптоми. Якщо в дитини ГРДУ, то статистично 20-35% батьків також мають цей розлад (Biederman et al, 1986). Ча-

сом, коли батькам передається інформація про ГРДУ, вони впізнають в себе чи в подружнього партнера його ознаки. Зрозуміло, що присутність ГРДУ у когось із батьків створює для них додаткові труднощі, зокрема у вихованні дитини: імпульсивні реакції можуть перешкоджати впровадженню послідовної дисципліни, спалахи неконтрольованої злості з фізичним насильством не тільки моделюють дитині агресивну поведінку, але й шкодять взаєминам між батьками та дитиною. Тому з клінічного погляду виявлення ГРДУ у батьків, їхня освіта щодо особливостей цього розладу у дорослому віці та специфічна допомога, зокрема й у сфері батьківства, контролі над «імпульсивним вихованням» є надзвичайно важливі.

З огляду на підвищену присутність ГРДУ у батьків статистично у них є підвищені показники й інших розладів, пов'язаних/коморбідних з ГРДУ: депресія, біполярний розлад, тривожні розлади, розлади особистості (зокрема антисоціальний), залежнення від алкоголю/ наркотиків, проблеми з контролем злості і відповідно агресивна поведінка, гранична інтелектуальна недостатність та інші (Biederman et al, 1986). Це ж стосується і соціальних проблем, таких як безробіття, низький соціально-економічний статус, міжособисті проблеми.

Наявність у батьків проблем із психічним здоров'ям потребує також пильної клінічної уваги з огляду на те, що власне наявність цих проблем є прогностично несприятливим фактором. Допомога дитині з ГРДУ можлива лише в контексті сімейно-центрованих послуг, де власне уся сім'я, а не лише дитина зокрема є фокусом терапевтичних інтервенцій.

Іншим поширеним явищем у сім'ях, де є дитина з ГРДУ, є порушення стосунків між батьками та дитиною. У деяких сім'ях воно може носити злякано-прогресуючий характер. Barkley (1996, с. 132-146) описує типову спіраль погіршення стосунків: у відповідь на поведінкові проблеми батьки спочатку намагаються ігнорувати їх, гадаючи, що дитина так поводитиметься, щоби привернути увагу. Тоді, з огляду на те, що проб-

леми переважно посилюються, батьки починають більше уваги приділяти дитині: пояснювати, сварити, соромити, робити зауваження або ж намагаються виховувати у «добрий спосіб» – «вмовити» дитину, «купити» і т.п. Але і ці методи при ГРДУ не допомагають, або ж дають лише незначний ефект. У відчаї батьки можуть вдатися до крайніх форм дисциплінування: залякування (у т.ч. «віддамо тебе в інтернат, міліціонерові» і т.п.), емоційного шантажу («ми не будемо любити тебе, якщо ти надалі так проведитимешся»), фізичного покарання. Врешті починають «здавати нерви» і стають можливими «вибухи» жорстокого ставлення до дитини, фізичного скривдження, емоційних образ. У батьків може розвинутиися негативне сприйняття дитини як злої, недоброї, з «незламно важким» характером. Таке сприйняття дитини може виправдовувати жорстоке ставлення до неї або ж відкинення її. Може наростати уникнення дитини, «звільнення» себе від батьківської ролі щодо неї. Звісно, не всі батьки доходять до цього. Є безліч сімей, які люблять і розуміють свою дитину і шукають шляхів допомоги – і власними зусиллями, і з допомогою фахівців досягають значних успіхів. Але є й такі сім'ї, де спіраль негативних взаємодій лише призводить до наростання як поведінкових проблем дитини, так і негативної атмосфери в стосунках. Врешті-решт у частині сімей може розвинутиися зневага, що дитині можна допомогти і що батьки якимось можуть вплинути на її поведінку. Відповідно, зникають або ж стають непослідовними спроби тримати дисципліну. В іншій частині сімей може мати місце пряме чи непряме відкинення дитини, емоційне та фізичне скривдження: ризик зазнати скривдження у дітей з ГРДУ у 2-4 рази вищий, ніж у однолітків з контрольної групи (див. Goldstein, 1998, с. 110-112).

Тож і в діагностичному процесі, і в підходах до допомоги велика увага повинна приділятися характеру стосунків між батьками та дитиною – якість цих стосунків є визначальною у психологічному розвитку дитини, формуванні її особистості.

Описуючи досвід сім'ї, не можна оминати і досвід братів та сестер дитини з ГРДУ. Згадую одного хлопця, який зізнався, що, як виросте, то мріє переїхати жити в Африку – «подалі від Андрія» (свого гіперактивного брата). Стрес негативних взаємодій, як безпосередньо з гіперактивним братом/сестрою, так і з батьками для братів/сестер є також високий. Нелегко і батькам, переобтяженим проблемами гіперактивної дитини, залишатися уважними до потреб інших дітей. А часом і конфлікти між братами/сестрами для батьків є чи не найбільшим додатковим джерелом стресу... Тому з клінічного погляду важливо зберігати системне сприйняття сім'ї та бути чутливими до того, як усі члени сім'ї реагують на присутність дитини з ГРДУ, як це відбувається на житті кожного члена сім'ї, які циркулярні реакції породжує. Варто також пам'ятати, що коли одна дитина має ГРДУ, ризик наявності розладу в рідних братів/сестер є доволі високим – від 25 до 35% (Biederman et al, 1986) – тому при обстеженні важливо бодай скринінговими питаннями дослідити характеристики усіх дітей.

На завершення хочеться ще раз відзначити силу двобічного впливу, – як дитини з ГРДУ на інших членів сім'ї, – так і навпаки. Цей вплив може мати позитивні, захисні, ресурсні компоненти і водночас фактори стресу та травматизації. Як уже не раз зазначалося, ГРДУ є особливим розладом, в якому головні етіологічні фактори є біологічними, а головні прогностичні фактори соціальними. Позитивний вплив сім'ї на дитину є тим найголовнішим фактором, який може попередити виникнення вторинних проблем і сприяти повноцінному розвитку та самоактуалізації дитини. Утім, вплив сім'ї може бути, навпаки, і негативним, і відповідно визначати прогноз майбутнього дитини. Дослідження (див. Barkley, 1996, с. 151) виділили щонайменше декілька негативних прогностичних сімейних факторів: неадекватні методи поведінкового контролю та дисципліни з боку батьків, наявність психічних розладів у батьків, дисфункційні подружні стосунки, агресивна/ антисоціальна

поведінка у батьків. Допомога дитині з ГРДУ можлива лише за умови допомоги її сім'ї у подоланні тих специфічних труднощів, з якими вона стикається.

Цей розділ був сфокусований переважно на тих особливих труднощах, з якими стикається у своєму досвіді сім'я, у якій є гіперактивна дитина. Втім, важливо пам'ятати, що досвід виховання дитини з особливими потребами і зокрема гіперактивної несе в собі й багато позитивних можливостей, про які не раз доводиться чути від батьків. Статистично підвищені показники специфічних проблем в родинах дітей із ГРДУ не повинні призводити до стереотипного сприйняття цих сімей як патологічних чи дисфункційних. Як і кожна родина, сім'я дитини з ГРДУ може мати як свої особливі труднощі, так і свої сильні сторони та позитивний досвід. Багато батьків зазначають про досвід особистого зросту, відкриття особливого сенсу в житті, любові, глибшої єдності та взаємопідтримки між членами родини – як наслідок зіткнення з випробуваннями та досвідом їхнього подолання...

Підсумок

- ❑ ГРДУ є розладом, головні прогностичні фактори якого попри його біологічну природу, є соціальними – і зокрема характеристики сім'ї великою мірою є визначальними щодо прогнозу дитини.
- ❑ Існує сильний двобічний вплив як сім'ї на дитину, так і дитини на сім'ю – і цей вплив може містити як негативні, так і позитивні аспекти.
- ❑ Дослідження показали підвищені показники стресу в батьків дітей із ГРДУ, часті проблеми з заниженою самооцінкою, зокрема в сфері батьківства, та вищу поширеність депресії. Частими також є подружні конфлікти та порушені форми стосунків між батьками та дитиною.
- ❑ Статистично вищим є і ризик певних психічних розладів у батьків – зокрема і самого ГРДУ, а також розладів настрою, антисоціальної поведінки чи антисоціальної особистості

та інших розладів особистості, інтелектуальної недостатності, узалежнення від алкоголю та ін. Це стосується далеко не всіх батьків і не повинно бути підставою до упередженого сприйняття батьків як «патологічних».

- ❑ Для багатьох сімей великою проблемою є соціальна ізоляція та негативна взаємодія з соціальним оточенням.
- ❑ Особливої уваги потребує не тільки дитина з ГРДУ, але й її брати/сестри, які стикаються також із специфічними труднощами і мають частий досвід негативної взаємодії, а відповідно і ризик порушення стосунків з братом чи сестрою з ГРДУ.
- ❑ Сімейний контекст дитини з ГРДУ є дуже важливим також і з погляду забезпечення ефективних клінічних втручань: обстеження дитини необхідно завжди проводити в сімейно-центрованому фокусі; сім'я повинна бути активно включена в процес терапії дитини, а часто і сама повинна отримувати специфічну допомогу
- ❑ Втім, важливо не патологізувати сім'ю і усвідомлювати, що, як і сама дитина з ГРДУ може мати багато позитивних рис, так і досвід її виховання для багатьох батьків може бути позитивним, сприяти особистісному розвитку, більшій єдності та взаємопідтримці між членами родини.

ЦІЛІСНЕ БАЧЕННЯ ДИТИНИ З ГРДУ

Першу частину книги, яка стосується природи ГРДУ і в якій зроблено спробу описати особливості цього розладу, ті труднощі, які ним обумовлені як для самої дитини, її розвитку, так і для її найближчого соціального оточення, хочеться підсумувати особливим розділом. Цей розділ важливий з огляду на існуючий ризик дивитися на дитину лише крізь призму тієї етикетки-діагнозу, яку на неї почеплено. А кожна дитина насправді є багато-багато більше, це цілий всесвіт, більше того всесвіт, який розгортається, який перебуває у безперервному розвитку...

Так, з одного боку, важливо визнавати ГРДУ як реальний розлад. Спроби мінімізувати його, звести лише до «потреби дитини в русі» і т.п. можуть призводити до неусвідомлення значних ризиків щодо майбутнього розвитку дитини та перешкоджати вчасному застосуванню ефективних втручань. Водночас багато залежить від того, яке значення ми надаємо термінові розлад, як ми сприймаємо дитину, в якій є порушення психологічного розвитку... Великою небезпекою є сприйняття дитини через її розлад як «дефективної», неповноцінної; небезпекою є стигматизація і упереджене ставлення до дитини з ГРДУ як до невинуватої, «злої» за характером, генетично запрограмованої на агресивність та антисоціальність. Загалом у термінологічних означеннях, що використовуються щодо неповносправних дітей сьогодні помітна тенденція до відходу від негативно-зabarвленої лексики, («дебіл», «ідіот», «дефективні діти», «психонати» і т.п.) до термінології, яка окреслює радше їхні особливі потреби, а позначення їхніх обмежень у певній сфері радше підкреслюють їхню потребу в особливій допомозі, аніж роблять наголос на їхній дефективності чи неповноцінності (на-

приклад, діти з особливими потребами, діти з інтелектуальними обмеженнями). Такі зміни у термінологічному полі відображають тенденцію до сприйняття дитини з особливими потребами насамперед як дитини, яка має свої сильні сторони, можливості, яка є не хворою чи дефективною, а радше особливою, як і кожна дитина – і має свої особливі обмеження у певній сфері, а значить потребує особливої допомоги.

Як уже не раз підкреслювалося, ГРДУ також є «невидимою неповносправністю». Звичайно, обмеження є не такими, як, наприклад, при ДЦП чи інших формах неповносправності, а тому й діти з ГРДУ не класифікуються як «інваліди» з відповідними соціальними пільгами. Але, тим не менше, це не повинно знецінювати особливі, біологічно зумовлені обмеження дитини у сфері розвитку контролю над власною поведінкою та необхідність підтримки і допомоги. Так само, як, ми свідомі, для дітей із ДЦП потрібно адаптувати середовище, щоби зменшити кількість обмежень (наприклад, забезпечення безбар'єрного середовища для дітей та дорослих на візках), такою ж мірою важливо адаптувати середовище – навчальне, сімейне і т.п. – для мінімізації поведінкових проблем та ризику розвитку вторинних ускладнень у дітей із ГРДУ. Як буде показано у розділі про допомогу дітям із ГРДУ – одними з найефективніших видів допомоги є ті, які адаптують середовище і компенсують дефіцит самоконтролю у дитини інтенсивнішою увагою, чіткішими «рамками», частим і послідовним заохоченням/покаранням і т.д. Суть будь-якої неповносправності якраз і полягає у тому, що, попри чимало потенційних здібностей дитини, також є певні дефіцити, які ліквідувати неможливо, але реально зменшити негативні наслідки, дібравши ефективні адаптаційні/компенсаційні засоби. Тож для дитини, яка не може ходити, життя дуже зміниться, якщо вона опанує візок. А якщо візок буде з двигуном та акумулятором, то це ще більше розширить сферу можливого для дитини. Так само і в допомозі дітям із ГРДУ важливий аспект толерантності та терпимості

до їхніх обмежень, потрібно, як з одного боку, підтримувати в них розвиток самоконтролю, так і з іншого, знаходити допоміжні компенсційно-адаптаційні засоби типу бальної системи поведінкового керівництва і т.п.

Надзвичайно важливо також усвідомлювати, що поведінка дитини, її психологічний розвиток, хоч і мають безумовно біологічне підґрунтя, не є детерміновані виключно біологічними реаліями, а є наслідком комплексної взаємодії біо-психо-соціальних факторів. Тому ми не можемо говорити про жодну «запрограмованість» дітей із ГРДУ до розвитку антисоціальної чи агресивної поведінки. Біологічні особливості обумовлюють лише їх труднощі у дотриманні встановлених правил та розвитку імпульс-контролю, тому з цим пов'язані певні проблеми, які вони мають у поведінці та інтеграції в соціальне середовище. Але особистість дитини формується тільки у взаємодії з соціальним середовищем і тільки так визначається прогноз її подальшого розвитку. Тому – важливе послання для батьків: хоча діти з ГРДУ і вимагають додаткових, більших зусиль у вихованні, але саме своєю послідовністю, мудрістю, любов'ю та відданістю дитині батьки можуть уповні виконати своє призначення і допомогти дитині рости і розвиватися не за сценарієм наростання проблем, а, навпаки, позитивної самоактуалізації. І в цьому їм може допомогти сприйняття особливостей дитини через модель неповносправності – адже зрозуміло, що дитина з ДЦП, яка самостійно не ходить, мабуть вимагає від батьків більше часу та допомоги, ніж дитина без моторних обмежень. Так само і діти з ГРДУ – вони мають свої особливі потреби і потребують розуміння цих особливих потреб, додаткової підтримки та допомоги. Тому цілісне сприйняття дитини з ГРДУ можливе лише за умови усвідомлення усього багатства та важливості взаємодії усіх біопсихосоціальних факторів. Всесвіт дитини розширюється і розвивається не лише згідно з певною внутрішньою програмою, але й у безперервній взаємодії з іншими світами – інших людей довкола, суспільства в цілому...

Власне тут є потреба відзначити важливість макросоціальних факторів і соціальне значення проблеми ГРДУ. Допомога дитині з ГРДУ є неповною, якщо йдеться лише про «реабілітацію» дитини та її сім'ї – надзвичайно важливою є також реабілітація суспільства – як у плані освіти, зменшення стигми, упреждень, так і щодо необхідних реформ у сферах освіти, охорони психічного здоров'я, політики щодо підтримки сім'ї та багатьох інших. Соціальна вага питання ГРДУ надто велика: діти з цим розладом потенційно цілком можуть бути повноцінними, актуалізованими членами суспільства, тоді як вони водночас становлять і групу ризику щодо подальшого розвитку серйозних проблем у плані здоров'я суспільства в цілому – узалежнення від алкоголю та наркотиків, кримінальних дій, насильства/агресивної поведінки, безробіття та ін. Тому саме в цьому місці хочеться ще раз повторити слова Ахмеда Окаші про те, що «майбутнє наших суспільств визначається тим, яку увагу ми приділяємо проблемі охорони психічного здоров'я дітей сьогодні». В багатьох країнах діють національні програми щодо дітей із ГРДУ, такої програми потребує і Україна.

Слід також наголосити на важливості цілісного бачення дитини з ГРДУ власне як дитини, в якій ГРДУ є лише одним із аспектів її «світу». У кожній дитині стільки індивідуального, і діти з ГРДУ, як і всі, мають свої інші неповторні особливості – здібності, таланти, сильні сторони; свої також вікові завдання розвитку, свою справді неповторну особистість і життєву дорогу. І, безумовно, допомогти дитині ми можемо лише тоді, коли бачимо її *цілісно*, не як ще один «типовий» випадок ГРДУ, а неповторну індивідуальність у неповторному соціальному контексті. Цілісне бачення дитини є передумовою ефективної допомоги батькам: адже часто схоже завдання постає перед фахівцем і в роботі з батьками – допомогти їм розширити фокус сприйняття дитини, допомогти побачити її позитивні сторони та здібності, спілкуватися з дитиною не тільки через призму її проблемної поведінки. Адже саме че-

рез розкриття позитивних сторін дитини та розвиток її здібностей може відбутися розвиток позитивної самооцінки в дитини та успішна соціальна інтеграція – два надзвичайно вагомі прогностичні фактори.

ГРДУ є насправді парадоксальним розладом. Однією з його особливостей є те, що він не тільки створює дитині ряд проблем, але й дає певні сильні сторони та позитивні якості. Обумовлена ГРДУ слабкість імпульс-контролю начеб «запобігає» виникненню типових для багатьох людей проблем із надмірним самоконтролем, стриманістю, надмірною «зацикленістю» на минулому чи майбутньому, браком емоційності та відкритості у стосунках. Багато батьків відзначають, що особливості їхньої дитини у певних ситуаціях створюють їй проблеми, а в інших, навпаки, дають їй особливі можливості і є швидше її позитивними характеристиками.

До позитивних характеристик дітей із ГРДУ (зрозуміло, що це узагальнено – насправді і в позитивних рисах діти мають індивідуальні відмінності, а враховуючи можливість вторинних порушень психологічного розвитку, то не в усіх дітей ці риси можуть і проявитися) можна насамперед віднести їхню ширість, сердечність, безпосередність у стосунках. Те, що в одних ситуаціях може проявлятися як надмірна розкутість, за умови «інтеграції» може розвинути в таку гарну рису, як відкритість, комунікабельність, відсутність надмірного сорому чи шаблонності у спілкуванні. Діти з ГРДУ часто характеризуються у позитивний спосіб як чесні, безпосередні, справжні. Ці риси надають їм соціальної привабливості у спілкуванні і характеризують як осіб, здатних до щирих стосунків і частково можуть компенсувати їхні соціальні та комунікативні дефіцити. Відсутність сильної системи гальмування/контролю може сприяти також розвитку особливих здібностей дітей у тих сферах, де потрібні швидкі, творчі, спонтанні реакції. І це може стати сильною стороною дітей із ГРДУ – їхня креативність, здатність бути спонтанними, діяти нешаблон-

но, імпровізувати. Багато самоактуалізованих дорослих осіб з ГРДУ відзначаються творчими здібностями, здатністю нестандартно вирішувати різні проблеми, саме їм приходять у голову сміливі, «немислимі» думки та ідеї, які можуть виявитися справді евристичними. Високий рівень активності дітей і дорослих із ГРДУ за умови зінтегрованого розвитку особистості може проявлятися у такому позитивному аспекті, як енергійність, ентузіазм, невичерпна жага до життя та діяльності. За умови сфокусування енергії на тому, що цікаве і важливе, це буде приводити до високої продуктивності праці. Якщо особу з ГРДУ зацікавити, «запалити» якоюсь справою, вона може віддатися їй цілком, з великою посвятою себе, зі справжньою «пасіонарністю».

«Вузьке віконечко внутрішнього часу» може також давати певні позитивні риси. Зокрема, вміння жити «тут і тепер», надмірно не журитися ані минулим, ані майбутнім, повністю віддаватися тій реальності, яка є в даний момент навколо – глибоко відчувати теперішню мить і повністю жити в ній. І хоча, без сумніву, дітям із ГРДУ важливо вчитися діяти з пам'яттю про минулий досвід та думкою про майбутні наслідки, втім, у багатьох життєвих ситуаціях доцільно також і повністю «занурюватися» у теперішню мить. У сучасному світі ми часто настільки заклопотані тривогами про майбутнє чи ж переосмисленням минулого, що просто розминаємося з теперішнім, воно пролітає повз нас. Мов краєвиди вздовж автомагістралі – пролітаючи повз них на великій швидкості, ми часом просто не помічаємо життя: як минає весна, літо, осінь, зима, минають повз нас люди, події, роки... Ми настільки часто заклопотані, загнані та зажурені, що просто розминаємося з життям... І можливо, у цьому дар дітей з ГРДУ – їхня життєрадісність, вміння жити і любити життя сьогодні...

Із «вузьким віконечком часу» пов'язана і здатність швидко «відходити», не тримати зла, не занурюватися надовго в минулі образи і негативні пережиття. Іншим частим позитивом

дітей з ГРДУ є їхня сміливість, відважність, які у багатьох випадках дозволяють їм діяти мужньо, безстрашно – як справжні герої (але пригадаймо, що часом це може мати і негативні наслідки, коли має місце надмірна ризикованість, відсутність доцільної обережності).

Відсутність надмірного і довготривалого прогнозування дає дітям із ГРДУ мужність ризикувати, швидко реагувати на події і можливості. У дорослому віці це дає їм також змогу ловити ті швидкоплинні шанси фортуни, які інші люди часто пропускають, надто довго вагаючись і зважаючи усі «за і проти». Відсутність надмірного аналізування, інтелектуального осмислення інформації дає також багатьом дітям та дорослим з ГРДУ кращий доступ до їх інтуїтивного знання, відчуття. А інтуїція є справді великим даром, і зараз ми усе і усе більше приходимо, у тому числі і на науковому рівні, до визнання унікальної цінності цього способу пізнання.

Емоційність, експресивність дітей із ГРДУ може бути в багатьох ситуаціях також позитивною рисою – їхня співчутливість, весела вдача, пристрасність, позитивна театральність, вміння веселити інших може стати підґрунтям їхнього соціального успіху – як у стосунках із близьким оточенням, так і у професійній самореалізації.

У консультуванні батьків дітей із ГРДУ ми часто послуговуємося метафорою садівника і дерева: садівник не може змінити природу молодого деревця – акація не може стати вербою, а сосна тополею. Але мудрий, дбайливий садівник турбується про дерево, щоби воно не захворіло на різні хвороби, не було пошкоджене негодою і розвинулося відповідно до своєї природи, щоби принести свій плід у призначену пору. Так і турбота про дітей із ГРДУ повинна виходити з віри, що вони мають свої неповторні дари, які є частиною їхньої неповторної індивідуальної природи і завдання батьків – розгледіти зародки отих добрих плодів, щоби виплекати їх і допомогти їм дозріти...

Підсумок

- Хоча використання діагностичних категорій важливе у багатьох аспектах, воно породжує також і ризик зловживань – а саме, сприйняття дітей із ГРДУ виключно через призму їх етикетки-діагнозу.
- Небезпека упередженого сприйняття дитини з ГРДУ як невинуватої, «злої» за характером, генетично запрограмованої на агресивність та антисоціальність.
- Біопсихосоціальна модель є основою цілісного бачення дитини з ГРДУ і відповідно фундаментом для побудови комплексу діагностичних та терапевтичних втручань.
- Модель «невидимої неповносправності» має значну клінічну цінність і допомагає краще усвідомлювати та концептуалізувати особливі потреби дітей із ГРДУ та сприяти більшій толерантності соціального оточення щодо поведінкових особливостей останніх.
- Проблема ГРДУ має велике соціальне значення і вимагає «реабілітації» суспільства, реформ та цілеспрямованого комплексу заходів на державному рівні. Від ефективності та вчасності допомоги дітям із ГРДУ та їхнім родинам ще у дитинстві залежить можливість розв'язання багатьох соціальних проблем у державі і майбутнє соціальне здоров'я нації загалом.

Особливості темпераменту дитини з ГРДУ дають їй шанс розвинути багато позитивних особистісних рис та якостей, які можуть стати основою її позитивної самооцінки, соціального та професійного успіху.

ЧАСТИНА ДРУГА. ДІАГНОСТИКА ТА ТЕРАПІЯ

«Першим кроком у допомозі дітям з ГРДУ має бути визнання їхньої біологічно-зумовленої неповносправності у сфері самоконтролю і відповідно зняття обвинувачень із них та їхніх батьків за проблемну поведінку. Натомість, керуючись моделлю неповносправності, ми повинні усвідомити важливість створення для дитини компенсуючого середовища, тривалої в часі підтримки та допомоги. Вираженість проблем та обмежень дитини обумовлена не тільки самим ГРДУ, але й характеристиками взаємодії дитини з соціальним оточенням. Зміна очікувань, підходів, виховних методів батьків та вчителів може радикально змінити ступінь обумовлених ГРДУ обмежень у житті дитини.»

Russell Barkley

ДІАГНОСТИКА ГРДУ

Грамотний, ґрунтовний діагностичний процес є надзвичайно важливою передумовою ефективної допомоги дитині з ГРДУ. Йдеться не лише про підтвердження діагнозу розладу, але й про комплексне, глибинне розуміння кожної індивідуальної ситуації – без досягнення цього неможлива жодна успішна терапевтична програма. Діагностичний процес при ГРДУ є доволі складним, вимагає часу, високого рівня компетенції та мультидисциплінарної команди фахівців.

Діагностичний процес має декілька базових цілей: встановлення діагнозу ГРДУ, виявлення супутніх проблем та коморбідних розладів, локалізацію розладу в біопсихосоціальному контексті життя дитини – зокрема в контексті сім'ї та соціального середовища – щоб урешті отримати цілісну картину життя дитини. Це свого роду «розвідка перед боєм» – вона дозволяє усвідомити розташування сил на полі бою, внутрішню, інтраперсональну та зовнішню, інтерперсональну динаміку, наявність як розладів, порушень, психотравматичних факторів, так і захисних, ресурсних чинників. Тільки за умови «відчуття» фахівцем динаміки ситуації, прогностичної значущості різних факторів у житті дитини та їх комплексної взаємодії можна вибудувати успішний та реалістичний план допомоги, який завжди є кінцевим результатом доброго діагностичного процесу.

Втім, встановлення діагнозу та досягнення розуміння ситуації у парадигмі біопсихосоціальної моделі є не єдиними цілями діагностичного процесу. Іншою надзвичайно важливою і часто занедбуваною ціллю є встановлення терапевтичного альянсу з сім'єю та дитиною, встановлення партнерських стосунків, спільного бачення проблем, цілей і спільно

сформованого плану дій для їх досягнення. Без досягнення альянсу з сім'єю терапевтичні втручання приречені на невдачу. Попри те, що налагодження стосунків із сім'єю може здаватися чимось легким і samozрозумілим, саме у цій сфері найчастіше закладається фундамент непорозуміння, які призводять до неефективної співпраці і, відповідно, відсутності очікуваного результату. Уміння будувати партнерські, рівноправні стосунки вимагає як певних комунікативних навичок, так і особистісних характеристик. У навчанні фахівців в Україні цій сфері часто приділяється недостатня увага. Тому батьки нерідко скаржаться та висловлюють незадоволення якістю відносин, які вони мають із фахівцями.

Альянс із батьками неможливий також без спільного бачення та розуміння проблем дитини – тому діагностичний процес є справді *спільним* дослідженням проблем, він допомагає не лише фахівцеві, але й батькам більш глибоко і комплексно побачити біопсихосоціальні взаємодії в житті дитини – а тому неминуче супроводжується і психоедукацією, просвітою рідних дитини. Для батьків розуміння своєї дитини, її особливих потреб є кардинально важливою передумовою їхньої допомоги дитині, успішного її виховання. Russell Barkley (1996) назвав психоедукацію батьків найважливішим терапевтичним заходом із усіх наявних для дітей із ГРДУ. Тому грамотний діагностичний процес супроводжується поступовою і послідовною психоедукацією і завершується презентацією даних обстеження батькам та дитині з поінформуванням про природу розладу, принципи та методи допомоги. Тому вже діагностичний процес є одночасно і терапевтичним – межа, де закінчується діагностика, а де починається терапія, є дуже умовною. Уже в процесі діагностування часто відбуваються терапевтично важливі заходи, як-от, наприклад, залучення обох батьків до дослідження шляхів вирішення проблем, реатрибуція (тобто перенесення відповідальності) щодо причин поведінкових проблем та ін. Упродовж якісного діагностичного

процесу у батьків звичайно відбувається не тільки певний «кагарсис», звільнення щодо відчуттів провини, зневіри, безнадії, розгубленості тощо, але й зростає мотивація до дій, надія та єдність, мобілізація сил. Якщо повернутися до метафори «розвідки перед боєм», то діагностичний процес не тільки дає карту розгашування та взаємодії сил, але й сприяє мобілізації ресурсів, об'єднанню зусиль та налагодженню ефективного партнерства.

Особлива, «спектральна» природа ГРДУ, контраверсійність розладу, наявність довкола нього багатьох міфів та непорозумінь обумовлює і особливі діагностичні труднощі.

Перш за все, достовірне встановлення діагнозу ГРДУ є не легким завданням. На відміну від інших медичних розладів, які можуть мати чіткі методи лабораторного чи інструментального підтвердження (наприклад, аналіз крові підтверджує діагноз анемію, виявлення епілептичної активності на електроенцефалограмі – епілепсію), для ГРДУ не існує жодного об'єктивного методу діагностики і основним методом залишається клінічне інтерв'ю. Причому в самому інтерв'ю основою для діагнозу є не пряме виявлення в дитини ознак ГРДУ під час консультації, а дані анамнезу. Як уже згадувалося вище, відповідно до ситуативної варіабельності симптомів розладу дитини з ГРДУ може на прийомі у фахівця поводитися абсолютно адекватно – і це аж ніяк не виключає діагноз ГРДУ. Більше того, нормальна дитина при сильній втомі, довгому чеканні, відсутньому настрої може на консультації поводитися як «гіперактивна», що зумовлює ризик псевдо позитивного «виявлення» розладу. З огляду на те, що ГРДУ є спектральним розладом із гранично вираженими проявами нормальної поведінки дітей і при цьому порушенні межа між нормальною поведінкою і розладом є умовною, встановлювати її фахівцеві у кожному випадку доводиться «на власний розсуд» (на відміну від інших «спектральних» розладів, де все ж існують орієнтири – наприклад, діастолічний тиск вище 90 мм ртутного стовпчика вважається підвищеним). Отож із огляду на необхідність прий-

няття суб'єктивного рішення – ризик помилки як у бік виявлення ГРДУ (це особливо стосується легших, «граничних» форм розладу), так і виявлення його там, де його насправді нема – є високий. А варто згадати, що суб'єктивність є подвійною, адже фахівець орієнтується на дані анамнезу, які відображають суб'єктивну думку батьків. Між тим батьківські уявлення щодо того, яка поведінка є нормальною, а яка ні, можуть бути дуже різними і визначаються багатьма факторами. Зокрема при високому рівні стресу, загальної втоми, наявності депресії батьки можуть сприймати нормальну для віку поведінку дитини як гіперактивну, коли насправді вона такою не є, а радше являє собою надмірну щодо очікувань та порогу толерантності батьків.

Тому одним із основних принципів діагностики ГРДУ є її *ретельність*, яка вимагає отримання інформації з кількох незалежних джерел (батьки, школа), а при потребі і залучення додаткових методів отримання більш об'єктивної інформації (наприклад, відео-зйомка). З огляду на те, що ГРДУ є позитивним розладом із можливими серйозними вторинними наслідками, «легковажне» встановлення чи відкинення цього діагнозу може мати дуже вагомий негативний наслідок для дитини. ГРДУ – це не «мінімальна» дисфункція мозку, термін, який сам по собі передбачає незначні порушення функцій. Як уже було детально описано вище, наслідки недостатньої зрілості виконавчих функцій лобної кори є значущими і дитина потребує комплексної, тривалої допомоги. Тому, можливо, і заявляю так категорично Barkley (1996, с. 260) про заборону ставити діагноз ГРДУ протягом 30-хвилинного обстеження – «нехай не займаються цим ті, хто не має часу для якісної діагностики!»

Утім, вищенаведена репліка аж ніяк не скасовує значущості виявлення розладу фахівцями «першої ланки», які працюють із великою кількістю дітей і мають отих 20-30 хвилин на одну консультацію, а то й менше. Це насамперед стосується лікарів-педіатрів та дитячих неврологів. Їхня роль у виявленні розладу є надзвичайно важливою, адже від своєчасності діагностики

ГРДУ та скерування сім'ї за ефективною допомогою залежить дуже багато. А для того, щоб запідозрити розлад, справді не потрібно багато часу: декілька скринінгових запитань про наявність у дитини поведінкових проблем, порушення уваги та імпульсивності; відомості про її успішність у школі та рівень моторної активності можуть виявитися достатніми. Таку ж роль можуть відігравати скринінгові опитувальники, які пропонується заповнити батькам, а також наявність інформаційних матеріалів на столиках чи стендах у почекальні і т.п. Дуже важливу роль у ранньому виявленні ГРДУ відіграють також педагоги – зокрема, вихователі дитячих садочків та вчителі молодших класів. У навчально-виховному закладі не помітити дитину з ГРДУ дуже важко, а тому важливо поширювати сучасну інформацію про цей розлад власне у середовищі педагогів*.

Отож наступний етап діагностики має здійснюватися в рамках мультидисциплінарної команди, яка спеціалізується у наданні послуг дітям із поведінковими розладами та їхнім сім'ям. До складу такої команди має входити щонайменше два фахівці – психіатр та психолог. У нашій клініці в центрі «Джерело» в таку команду входять: дитячий психіатр, психотерапевт, психолог, дитячий невролог, соціальний педагог, соціальний працівник, підготренер. Оскільки центр «Джерело» є недержавною установою, ми маємо свободу як щодо кадрової комплектації команди, так і щодо кількості часу, яка відводиться на діагностичний процес. Ми усвідомлюємо, що, на жаль, в рамках існуючої в Україні системи охорони психічного здоров'я не завжди можливо мати 2-3 години на проведення діагностики з однією сім'єю. Втім, Україна декларує рух у напрямку європейських стандартів і тому на часі реформування державної системи охорони психічного здоров'я, яка б уможливила якісні, відповідні до міжнародних стандартів послуги дітям із ГРДУ та, зрештою, й із іншими порушеннями психологічного роз-

* У додатках пропонується взірць буклетів про ГРДУ для батьків та педагогів – див. додаток # 5 і 6

витку. Наша програма для дітей із поведінковими розладами є аналогом західних «клінік ГРДУ», які локалізовані в громаді і спеціалізуються власне у наданні сімейно-центрованих, мульти-модальних форм допомоги дітям із ГРДУ та їх сім'ям. Нижче наведений алгоритм діагностичного процесу, який ми застосуємо у нашій клініці відповідно до сучасних діагностичних протоколів (див. European clinical guidelines for hyperkinetic disorder, 2004; American Academy of Child Adolescent Psychiatry, 1997, 2002, 2007; American Academy of Pediatrics, 2000, 2001).

Етапи діагностичного процесу:

1. Дитячий психіатр: клінічне інтерв'ю з батьками та дитиною
2. Застосування діагностичних опитувальників
3. Психолог: нейропсихологічне обстеження
4. Отримання інформації від учителів (за допомогою опитувальників та безпосередньо)

При потребі — додаткові обстеження педіатра/невролога, інших фахівців, інструментальні та лабораторні з метою диференційної діагностики та ін.)

З клінічної точки зору базовим методом діагностики ГРДУ є клінічне інтерв'ю з батьками та дитиною. Інтерв'ю повинне здійснюватися відповідно до сучасних стандартів інтерв'ювання у дитячій психіатрії — тому опис усіх його аспектів виходить за межі цієї книжки. Його специфічними особливостями має бути дослідження наявності основних симптомів ГРДУ, їх проявів у різних середовищах та наслідків у різних сферах життя дитини. При цьому важливо також з'ясувати історію розвитку дитини, час появи симптомів ГРДУ та їх метаморфоз у процесі вікового розвитку дитини. З огляду на високий індекс коморбідності при ГРДУ важливо активно шукати симптоми супутніх розладів — і частина клінічного інтерв'ю повинна бути скерована на дослідження можливої наявності інших проблем, окрім ГРДУ. Те саме стосується і диференційної діагностики ГРДУ з іншими розладами, що можуть про-

визначитися у схожий спосіб. Збір анамнезу щодо дитини важливо поширити на усі аспекти її життя та розвитку – зокрема дослідити ситуацію в школі, соціальний, мовний, інтелектуальний розвиток, сильні сторони дитини, захоплення і т.п. Розмова з батьками щодо наявних поведінкових проблем у дитини неминуче виявляє їхнє сприйняття цих проблем, значення, яке вони їм надають, спосіб подолання проблем. З клінічної точки зору це дуже важливі аспекти, які повинні бути тонко досліджені без звинувачення та засудження батьків. Стиль дисципліни в сім'ї, типові реакції батьків на порушені поведінки, відмінності у взаємодії дитини з матір'ю/ батьком, загалом атмосфера стосунків із дитиною є важливими сферами дослідження – не лише опитування, але й безпосереднього спостереження взаємодії під час інтерв'ю.

Не менш важливою сферою дослідження є сімейна ситуація – зокрема рівень стресу в батьків, їхні особистісні якості, можлива наявність проблем у сфері психічного здоров'я (ГРДУ, депресія та ін.), якість подружніх стосунків, наявність соціальної підтримки, ситуація інших дітей у сім'ї, соціально-економічний статус сім'ї та ін. Клініцисту важливо пам'ятати, що деякі з цих сфер можуть бути особливо «чутливими» і батьки можуть соромитися виявити певну важливу інформацію – як-от проблеми зі зловживанням алкоголем, чи ознаками в себе ГРДУ, наявністю депресії тощо. Цих сфер треба торкатися «делікатно», зважаючи на ступінь довіри з боку батьків та пояснюючи, чому ці питання задаються і чому знання про ці проблеми є важливими з огляду на планування ефективної допомоги дитині. Важливо усвідомлювати, що не про всі з цих питань батьки можуть вільно говорити в присутності дитини, тому в нашій клініці, зокрема, ми так структуруємо інтерв'ю, що його друга частина відбувається з батьками наодинці, коли дитина йде на психологічне тестування до психолога. Можливі, звісно, різні варіанти: спочатку вся сім'я разом, тоді окремо з дитиною і окремо з батьками, або ж спочатку батьки,

тоді всі разом, тоді дитина окремо. Формат повинен бути гнучким у залежності від кожного індивідуального випадку.

Під час інтерв'ю важливо також поспілкуватися з самою дитиною – і не лише для дослідження психічного статусу, але й із метою дізнатися більше про особистість дитини, її самооцінку, її сприйняття своїх проблем, ситуації в сім'ї, школі, її захоплення, мрії і т.д. Методологія інтерв'ю з дитиною виходить за рамки цієї книжки, варто лише наголосити, що така розмова потребує часу, а також специфічних технік, зокрема проєктивних, ігрових та ін., які б допомогли дитині довірливо розкрити свій внутрішній світ. Таке інтерв'ю аж ніяк не є допитом дитини, вимагає вміння та досвіду, і, як часто говориться, є чимось на межі між «наукою та мистецтвом». У процесі розмови з дитиною важливим завданням є також встановлення з нею стосунку співпраці, довіри. Це нелегке завдання, якщо врахувати, що часто дитина пригнічена досвідом її негативно сприйняття іншими дорослими і налаштована лише на чергову «порцію» звинувачень та критики. Дитина теж потребує психоедукації, а насамперед відчуття, що в неї вірять, її не судять, хочуть із розумінням допомогти. Тому інтерв'ю з дитиною неминуче містить психотерапевтичний компонент. До того ж, якщо батьки бачать позитивне ставлення фахівця до дитини, це є не тільки фактором побудови стосунків та довіри до останнього, але й моделлю для них, адже інколи виражені поведінкові проблеми можуть перешкоджати здатності батьків бачити в дитині її позитивні сторони. А добра діагностика завжди допомагає побачити дитину *всебічно*.

Первинне клінічне інтерв'ю з батьками та дитиною займає в нашій клініці півтори години, воно завершується орієнтацією батьків щодо попередніх діагностичних гіпотез та роз'ясненням необхідності наступних етапів діагностичного процесу. У складних випадках інтерв'ю може бути продовжене іншого дня і, залежно від обставин, у форматі всієї сім'ї чи окремо з батьками/ дитиною.

По завершенні першого інтерв'ю ми звичайно даємо батькам опитувальники щодо симптомів ГРДУ, призначені для батьків і для вчителів. Роль опитувальників у діагностиці ГРДУ є важливою з огляду на те, що вони дають можливість системно опитати батьків щодо всіх симптомів ГРДУ та інших коморбідних розладів (водночас це є елементом психоедукації і залучення обох батьків), оцінити ступінь вираженості проблем (що дає також певну можливість для порівняння та моніторингу ефективності терапії), а також зекономити час на інтерв'ю. Втім, до застосування опитувальників існує і ряд серйозних застережень, зокрема, у жодному випадку не можна ставити діагноз виключно на основі наведених у них даних, важливо уточнити рівень розуміння батьками запитань, попросити їх дати конкретні приклади симптомів, які вони виділили як позитивні та ін. Розроблена велика кількість опитувальників як щодо симптомів ГРДУ, так і інших супутніх проблем та розладів. У нашій клініці ми застосовуємо опитувальники Barkley та Vanderbilt (щодо симптомів ГРДУ та коморбідних розладів), Goldstein (наявність соціальних проблем у дитини, стиль батьківства), та опитувальник CBCL Achenbach (скринінг щодо психіатричних розладів у дітей та підлітків)*.

«Золотим правилом» у діагностиці ГРДУ є підтвердження наявності розладу щонайменше з двох незалежних джерел. Тому наступним, абсолютно необхідним діагностичним етапом є отримання інформації зі школи від вчителів. Метою знову ж таки є не лише виявлення самого розладу, але й оцінка ситуації в школі, академічної успішності дитини, її поведінки, стосунків із ровесниками та вчителями, а також і характеристик самої школи, вчителів, соціального середовища та ін. Звичайно ми просимо батьків передати учителям опитувальник Вандербільта, а також прохання написати письмову характеристику на дитину і запитати про дозвіл поспілкуватися з учителем телефонічно. У складних випадках, зокрема при вираже-

* Візріці опитувальників для батьків та вчителів – див. додаток # 1 і 2

ному конфлікті між батьками та вчителями, може виникнути необхідність прямого звернення фахівця нашої клініки в школу, безпосередньої зустрічі. Ми просимо батьків також принести щоденник дитини, зошити і т.п. – часом вони є найкращим віддзеркаленням проблем із поведінкою чи неухважністю. Аналіз даних зі школи звичайно відбувається на наступній зустрічі з батьками. Втім бажано, по змозі, мати й безпосередню розмову з учителем по телефону чи при зустрічі. Залучення вчителів у діагностичний процес є дуже потрібним, оскільки вони є надзвичайно важливими партнерами у допомозі дитині і без їхнього розуміння проблем, конструктивної співпраці з батьками та мотивації до допомоги досягти реальних змін дуже важко.

У сумнівних, «пограничних» випадках ГРДУ, коли думка батьків і фахівців може розходитися щодо наявності в дитини розладу, може мати сенс і відеозйомка та її аналіз (поведінка дитини на уроці і т.п). Втім, допомога важлива і у випадках поведінкових проблем без діагнозу ГРДУ – суть, зрештою, не в етикетці...

В усіх дітей із ГРДУ, які мають проблему зі шкільною успішністю, необхідним елементом діагностичного процесу є нейропсихологічне обстеження, метою якого є встановлення рівня інтелектуального розвитку дитини з ГРДУ, а також виявлення з огляду на часту присутність як коморбідних специфічних розладів шкільних навичок – читання, письма, математики. Виявлення цих розладів важливе і в плані диференційної діагностики, адже за умови знижених інтелектуальних можливостей загалом чи специфічних труднощів у навчанні зокрема порушення уваги дитини на уроках може бути викликане невідповідністю програми рівневій спроможності дитини її засвоїти, а не ГРДУ.

Базове педіатричне/неврологічне обстеження є доцільним з огляду на необхідність виключення «ГРДУ»-подібного синдрому, який обумовлений соматичним/ неврологічним розладом. У плані диференційної діагностики важливо пам'ятати, що порушення поведінки та уваги у дітей можуть бути викли-

кані будь-яким неспецифічним загальним медичним захворюванням, як-от анемія, гіпертиреоз, а також усіма розладами, що спричиняють хронічний біль, свербіж, фізичний дискомфорт. Причиною «псевдо-ГРДУ» може бути і побічна дія певних ліків (наприклад, дифеніл, фенобарбітал), а також цілий ряд неврологічних розладів, зокрема епілепсія з абсансами, хорія, тіки та багато інших. Тому цей напрямок у диференційній діагностиці є дуже важливим. І якщо лікар підозрює медичну причину, то може бути потрібним додаткове інструментальне/ лабораторне обстеження стану здоров'я дитини (наприклад, електроенцефалографія для виключення епілепсії). Втім, важливо наголосити, що згідно з сучасними рекомендаціями експертів і діагностичних протоколів рутинне проведення інструментальних обстежень дітям із ГРДУ (зокрема електроенцефалограми, комп'ютерної томографії та ін.) є непоказане. Попри те, що у дітей із ГРДУ на ЕЕГ часто реєструються неспецифічні порушення, вони не є специфічними виключно для ГРДУ, тож їхня наявність чи відсутність не може бути підставою для встановлення чи невстановлення діагнозу ГРДУ, а також для прогнозу. За висновком Американської академії неврології та Американського товариства клінічної нейрофізіології «електроенцефалографія не має клінічного значення ані у встановленні діагнозу ГРДУ, ані в плануванні лікування» (Nuwer, 1997). Звісно, це не стосується тих випадків, коли є підозра на епілепсію і ЕЕГ є абсолютно доцільною.

Базове педіатричне обстеження важливе також щодо виявлення порушень зору чи слуху, які будучи вираженими у незначному ступені, можуть неадекватно діагностуватися. Проблеми з неуважністю на уроках, проблемною поведінкою, соціальною ізоляцією можуть бути обумовленими наявністю сенсорних розладів. Педіатричне обстеження доцільне і з огляду на необхідність оцінки загального соматичного стану дитини, виявлення можливих протипоказів щодо застосування окремих груп медикаментів, які можуть призначатися дітям із ГРДУ.

Що ж стосується безпосередньо встановлення діагнозу ГРДУ, то тут золотим правилом має бути дотримання діагностичних критеріїв. Необхідність застосування критеріїв гарантує ретельність діагностичного процесу та запобігає появі діагностичних помилок, наслідки яких можуть виявитися дуже серйозними.

Як уже не раз згадувалося, ризик помилок при діагностиці ГРДУ дуже високий і обумовлюється цілим рядом факторів:

- ◆ ГРДУ є «спектральним» розладом – його симптоми характеризуються надмірним і невідповідним до віку вираженням типової поведінки дитини: де межа між розладом і варіантом темпераменту?
- ◆ Симптоми ГРДУ характеризуються ситуативною варіабельністю і в певному середовищі (зокрема на консультації у лікаря) можуть ніяк не проявлятися.
- ◆ Діагноз ГРДУ встановлюється на основі підтвердження існування симптомів розладу батьками та вчителями – відповідно, високий ризик суб'єктивності в оцінці.
- ◆ Немає інструментальних методів підтвердження ГРДУ (як, наприклад, при багатьох хворобах – на зразок: епілепсія – дані ЕЕГ), як і жодних специфічних, патогномонічних симптомів.
- ◆ Порушення уваги, імпульсивність та гіперактивність можуть бути неспецифічними проявами інших психіатричних та медичних розладів – тож ризик помилки при неадекватній диференційній діагностиці достатньо великий.
- ◆ ГРДУ є контраверсійним розладом, довкола якого існує багато міфів, непорозумінь, різних термінів, суперечливих підходів щодо діагностики та лікування.

Відповідно до цих факторів ризик не виявити ГРДУ там, де він є, або ж виявити там, де його немає дуже високим порівняно з даними щодо інших розладів. Тож діагностичні критерії впроваджені з метою зменшення ризику таких помилок.

Діагностичні критерії гіперактивного розладу з дефіцитом уваги за діагностичною системою DSM-IV(American Psychiatric Association, 2000):

Для встановлення діагнозу ГРДУ необхідне виконання критеріїв А+Б+В+Г+Д:

А. У пацієнта наявні симптоми або порушення уваги або гіперактивності-імпульсивності (або ж обох) щонайменше протягом 6 місяців, і ці симптоми виражені невідповідно до віку розвитку і призводять до серйозних порушень функціонування:

(A1) Порушення уваги: повинні бути присутні щонайменше шість таких симптомів неухважності:

- a. часто не в змозі зосередитись на деталях або робить помилки через неухважність у виконанні шкільних завдань, на роботі чи в іншій діяльності
- b. часто має проблеми з утриманням уваги на завданні або грі
- c. часто має проблеми з організацією діяльності та завдань
- d. часто уникає, не любить або неохоче вступає у діяльність, яка вимагає тривалого зосередження уваги (наприклад, виконання завдань на уроці чи домашніх завдань)
- e. часто губить або забуває речі, необхідні для виконання завдань або іншої діяльності (наприклад, записи домашнього завдання, книжки, ручки, інструменти, іграшки)
- f. легко відволікається на сторонні подразники
- g. часто не слухає, коли до нього говорять
- h. часто не дотримується вказівок і не виконує до кінця або ж у належному обсязі дані доручення, домашнє завдання або ж іншу роботу (але не через опозиційність чи нездатність зрозуміти вказівку/завдання)
- i. забудькуватий у щоденній діяльності

(A2) Гіперактивність-імпульсивність: повинні бути присутні щонайменше шість таких симптомів (з групи a-i):

Гіперактивність:

- a. не може всидіти на місці, постійно рухається
- b. часто залишає своє місце в ситуаціях, де потрібно сидіти (наприклад, на уроці і т.п.)
- c. багато бігає і «все перевертає» там, де цього робити не варто (у підлітків та дорослих еквівалентом цього може бути відчуття внутрішньої напруги та потреби рухатися)
- d. не здатен тихо, спокійно бавитися або ж відпочивати

Що ж стосується безпосередньо встановлення діагнозу ГРДУ, то тут золотим правилом має бути дотримання діагностичних критеріїв. Необхідність застосування критеріїв гарантує ретельність діагностичного процесу та запобігає появі діагностичних помилок, наслідки яких можуть виявитися дуже серйозними.

Як уже не раз згадувалося, ризик помилок при діагностиці ГРДУ дуже високий і обумовлюється цілим рядом факторів:

- ◆ ГРДУ є «спектральним» розладом – його симптоми характеризуються надмірним і невідповідним до віку вираженням типової поведінки дитини: де межа між розладом і варіантом темпераменту?
- ◆ Симптоми ГРДУ характеризуються ситуативною варіабельністю і в певному середовищі (зокрема на консультації у лікаря) можуть ніяк не проявлятися.
- ◆ Діагноз ГРДУ встановлюється на основі підтвердження існування симптомів розладу батьками та вчителями – відповідно, високий ризик суб'єктивності в оцінці.
- ◆ Немає інструментальних методів підтвердження ГРДУ (як, наприклад, при багатьох хворобах – на зразок: епілепсія – дані ЕЕГ), як і жодних специфічних, патогномонічних симптомів.
- ◆ Порушення уваги, імпульсивність та гіперактивність можуть бути неспецифічними проявами інших психіатричних та медичних розладів – тож ризик помилки при неадекватній диференційній діагностиці достатньо великий.
- ◆ ГРДУ є контраверсійним розладом, довкола якого існує багато міфів, непорозумінь, різних термінів, суперечливих підходів щодо діагностики та лікування.

Відповідно до цих факторів ризик не виявити ГРДУ там, де він є, або ж виявити там, де його немає дуже високим порівняно з даними щодо інших розладів. Тож діагностичні критерії впроваджені з метою зменшення ризику таких помилок.

Діагностичні критерії гіперактивного розладу з дефіцитом уваги за діагностичною системою DSM-IV(American Psychiatric Association, 2000):

Для встановлення діагнозу ГРДУ необхідне виконання критеріїв А + Б + В + Г + Д:

А. У пацієнта наявні симптоми або порушення уваги або гіперактивності-імпульсивності (або ж обох) щонайменше протягом 6 місяців, і ці симптоми виражені невідповідно до віку розвитку і призводять до серйозних порушень функціонування:

(A1) Порушення уваги: повинні бути присутні щонайменше шість таких симптомів неухважності:

- a. часто не в змозі зосередитись на деталях або робить помилки через неухважність у виконанні шкільних завдань, на роботі чи в іншій діяльності
- b. часто має проблеми з утриманням уваги на завданні або грі
- c. часто має проблеми з організацією діяльності та завдань
- d. часто уникає, не любить або неохоче вступає у діяльність, яка вимагає тривалого зосередження уваги (наприклад, виконання завдань на уроці чи домашніх завдань)
- e. часто губить або забуває речі, необхідні для виконання завдань або іншої діяльності (наприклад, записи домашнього завдання, книжки, ручки, інструменти, іграшки)
- f. легко відволікається на сторонні подразники
- g. часто не слухає, коли до нього говорять
- h. часто не дотримується вказівок і не виконує до кінця або ж у належному обсязі дані доручення, домашнє завдання або ж іншу роботу (але не через опозиційність чи нездатність зрозуміти вказівку/завдання)
- i. забудькуватий у щоденній діяльності

(A2) Гіперактивність-імпульсивність: повинні бути присутні щонайменше шість таких симптомів (з групи a-i):

Гіперактивність:

- a. не може всидіти на місці, постійно рухається
- b. часто залишає своє місце в ситуаціях, де потрібно сидіти (наприклад, на уроці і т.п.)
- c. багато бігає і «все перевертає» там, де цього робити не варто (у підлітків та дорослих еквівалентом цього може бути відчуття внутрішньої напруги та потреби рухатися)
- d. не здатен тихо, спокійно бавитися або ж відпочивати

е. діє немов «заведений» — як іграшка з увімкненим внутрішнім «моторчиком»

ф. занадто багато говорить

Імпульсивність:

г. часто говорить наперед, не дослухавши запитання до кінця

h. нетерпеливий, має труднощі з очікуванням своєї черги

і. часто перериває інших і втручається у їхню діяльність/ розмову

Б. Симптоми розладу (принаймні деякі) були наявні у віці до 7 років.

В. Симптоми повинні проявлятися щонайменше у двох ситуаціях (школа, дім, ігровий майданчик і т.п.).

Г. Розлад призводить до значних порушень у сферах соціального, академічного та професійного (для дорослих) функціонування.

Д. Ці симптоми не є обумовлені іншим психіатричним чи медичним захворюванням.

У залежності від характеру виконання критеріїв групи А виділяють три клінічні підвиди ГРДУ, які відповідно кодуються:

314.01 ГРДУ, комбінований тип: якщо критерії і А1, і А2 присутні і проявляються одночасно протягом останніх 6 місяців

314.00 ГРДУ з домінуючим дефіцитом уваги: якщо виключно критерій А1 з групи А проявляється протягом останніх 6 місяців

314.00 ГРДУ з домінуючою гіперактивністю-імпульсивністю: якщо виключно критерій А2 з групи А проявляється протягом останніх 6 місяців

Рекомендується додавати уточнення «в стадії часткової ремісії», якщо у пацієнта, в якого симптоми ГРДУ раніше виконувалися повною мірою, на цей момент присутні симптоми розладу, але в недостатній кількості для повного виконання критеріїв групи А (ця рубрика особливо може бути корисною у віковій групі підлітків та дорослих).

Як уже згадувалося вище, у системі МКХ-10 існує лише варіант гіперкінетичного розладу, який відповідає комбінованій формі ГРДУ за DSM-IV (вимоги до встановлення діагнозу перегукуються з даною діагностичною системою – див. перший розділ книги). Це має певний сенс із огляду на існуючі

чі гіпотези, що насправді підтип виключно з порушеннями уваги без супутньої гіперактивності-імпульсивності є нозологічно іншим розладом із дещо відмінним етіологічним, патогенетичним компонентом і відповідно потребує окремого розгляду, вимагаючи дещо відмінних терапевтичних заходів. На жаль, на цей момент немає достатньо наукових даних, щоби розв'язати цю суперечку; існують дані на підтвердження того, що цей підтип є частиною ГРДУ (зокрема, при ньому часто зустрічається позитивна реакція на психостимулянти, як і при комбінованій формі ГРДУ), але також є докази на користь того, що це нозологічно інший розлад.

Якщо проаналізувати діагностичні критерії DSM-IV, то можна окреслити головні акценти, які ставляться в цій системі з метою забезпечення точності встановленого діагнозу:

- ♦ симптоми неухвильності, гіперактивності та імпульсивності повинні бути виражені достатньо інтенсивно, упродовж тривалого часу, невідповідно до віку розвитку
- ♦ симптоми повинні призводити до значних порушень функціонування дитини в основних сферах життя і бути достатньо «первазивними» (тобто бути присутніми в декількох сферах)
- ♦ симптоми розладу повинні бути присутні з раннього віку
- ♦ симптоми не є зумовленими іншим психіатричним чи медичним розладом

Попри таку «чіткість», яка дозволяє окреслити «територію» ГРДУ і безумовно має позитивне значення, система DSM-IV, як і зрештою будь-яка інша діагностична класифікація, має і свої недоліки:

- ♦ вона сконцентрована лише на симптомах неухвильності, гіперактивності та імпульсивності, тоді як патогенетично центральними симптомами можуть бути і порушення планування, контролю поведінки і т.п. Зокрема, з огляду на послаблення моторної гіперактивності з віком попри наявність інших важливих симптомів необхідні для діаг-

нозу критерії можуть уже не бути присутніми у достатній кількості. Тому цю систематику часто критикують за її неадаптованість до вікового метаморфозу симптомів та скерованість переважно на проблеми дітей шкільного віку.

- ♦ цю систему також критикують з огляду на те, що вона розроблена для симптомів ГРДУ у хлопців і не враховує гендерні особливості, зокрема дещо іншу презентацію розладу у дівчат.
- ♦ вимога щодо кількості симптомів може не завжди виповнюватися в легших формах ГРДУ, попри те, що ці форми також можуть супроводжуватися серйозними вторинними проблемами.
- ♦ вимога щодо наявності проблем щонайменше у двох середовищах також піддається критиці, бо може унеможливити діагноз легших форм ГРДУ, коли в одному середовищі, з огляду на його характеристики, дитина може бути добре адаптованою, а в іншому має серйозні проблеми (наприклад, вдома проблеми мінімальні, а в дитячому садочку чи школі – виражені).
- ♦ І, звісно ж, багато суперечок є довкола питання включення підтипу з домінуючою неухважністю.

Тому важливо користуватися діагностичною системою як DSM-IV, так і МКХ-10 із певними застереженнями – не як ригідними правилами, а радше як допоміжним інструментом, причому користуватися не лише цими правилами, але й клінічною інтуїцією, патогенетичним розумінням розладу і пам'ятати, що діагноз є для того, щоби послужити дитині (а не навпаки, як, на жаль, часом буває) та бути фундаментом для вибору ефективних методів допомоги.

Іншим правилом обстеження дітей з ГРДУ є активний пошук коморбідних розладів. З огляду на те, що наявність коморбідного розладу при ГРДУ є радше правилом, аніж винятком (індекс коморбідності до 80%), одним із завдань обсте-

жесня є дати відповідь на запитання, чи є супутні розлади, і якщо є, то які саме. Фахівець, що проводить інтерв'ю, повинен володіти знаннями щодо симптомів цих розладів і шляхом цілеспрямованого обстеження перевірити їх наявність.

Основні коморбідні з ГРДУ розлади у дітей:

- Розлади поведінки (з опозиційною, агресивною та антисоціальною поведінкою)
- Розлади розвитку мови та шкільних навичок
- Тривожні та соматоформні розлади (у тому числі обсе-сивно-компульсивний розлад, соціальна фобія та ін.)
- Розлади настрою (депресія, біполярний розлад – важливо враховувати атипову симптоматику його «педіатричної» форми)
- Тіки (у тому числі синдром Жілля де ля Туретта)
- Розлад розвитку координації рухів
- Розлади спектру аутизму, розумова відсталість, погранична інтелектуальна недостатність
- Енурез, розлади сну

Наступним стандартом обстеження є ретельна диференційна діагностика. Зміни в поведінці можуть бути неспецифічною реакцією на будь-який життєвий стресор – від розлучення батьків, переслідування хуліганів чи сексуального скривдження. Вони також можуть бути, як уже згадувалося вище, реакцією на соматичну хворобу. «ГРДУ»-подібний синдром може спостерігатися і при багатьох інших психіатричних розладах – у такому випадку треба з'ясувати, чи йдеться про коморбідність, чи насправді порушення поведінки є проявом іншого розладу. Іншим аспектом діагностики є проблема диференціації з нормою – часом нормальна поведінка дитини може бути «гіперактивністю» для батьків: це особливо типово у матерів, що мають депресію, високий рівень стресу. Освітні програми щодо ГРДУ часом приводять до того, що великий відсоток батьків бачить у своїх дітях ГРДУ, коли насправді йдеться про «активний» темперамент, а проблемна поведінка дитини обумовлена

радше емоційним станом батьків, неадекватністю дисципліни і т.п. Нижче наводиться диференційно-діагностичний перелік.

Диференційна діагностика при ГРДУ:

1. Нормальна для віку поведінка дитини
2. Тілесні хвороби (більшість, що викликають біль, дискомфорт можуть призводити до поведінки типу «ГРДУ», так само деякі ендокринні розлади, епілептичні абсанси, шкірні хвороби, що викликають свербіж; неврологічні розлади та ін.)
3. Порушення зору, слуху
4. Розлади розвитку: мови, шкільних навичок, розумова відсталість
5. Психіатричні розлади: інші поведінкові розлади, тривожні, розлади настрою, шизофренія, розлади спектру аутизму, гостра стресова реакція, посттравматичний стресовий розлад, розлади адаптації, тики та ін.
6. Ситуативні проблеми: наприклад, конфліктна, стресова ситуація в школі, у сім'ї і т.п.

Підсумком ретельного діагностичного процесу повинне бути вичерпне діагностичне формулювання, з якого випливає комплексний план допомоги сім'ї та дитині, і яке містить:

1. Основний діагноз
2. Коморбідні розлади та супутні проблеми
3. Психологічна характеристика дитини
4. Характеристика сім'ї дитини
5. Характеристика соціального/освітнього контексту життя дитини
6. Аналіз основних негативних та позитивних факторів впливу на динаміку розвитку дитини, характеристика взаємодії цих факторів, прогностичне формулювання

Діагностичний етап завершується презентацією батькам даних обстеження та спільним плануванням наступних кроків. Однією з головних характеристик якісного діагностичного процесу є встановлення терапевтичного альянсу з сім'єю та

дитиною, досягнення спільного бачення щодо наявних проблем та необхідних заходів у їх подоланні. Про побудову системи терапевтичних заходів ітиметься у наступних розділах.

Підсумок

- ❑ Грамотний, ґрунтовний діагностичний процес є важливою передумовою ефективної допомоги дітям з ГРДУ.
- ❑ Діагностичний процес при ГРДУ є доволі складним, вимагає часу, високого рівня компетенції та мультидисциплінарної команди фахівців.
- ❑ Діагностичний процес реалізується в контексті біопсихосоціальної моделі – його метою є досягнення розуміння комплексної взаємодії різних факторів у житті дитини.
- ❑ Важливою метою діагностичного процесу є встановлення терапевтичних відносин із сім'єю дитини, досягнення спільного бачення проблем та шляхів їх подолання.
- ❑ Надзвичайно важливим є раннє виявлення ГРДУ – а це неможливо без підвищення рівня освіченості батьків, фахівців, громади щодо існування ГРДУ та соціальної значущості цієї проблематики.
- ❑ Існує цілий ряд факторів, який обумовлює як ризик невиявлення ГРДУ фахівцем, так і встановлення «псевдопозитивного» діагнозу там, де насправді розладу нема.
- ❑ З огляду на складність діагностики ГРДУ та високий ризик помилок радами експертів розроблено керівництва-протоколи, які визначають етапи діагностичного процесу, рекомендовані методи обстежень та діагностичні критерії для встановлення діагнозу розладу.
- ❑ Золотим правилом діагностичного процесу при ГРДУ є *ретельність*, яка забезпечується отриманням інформації з декількох джерел, дотриманням критеріїв при діагностуванні, активним пошуком коморбідних розладів та вичерпною диференційною діагностикою.

МОДЕЛЬ ДОПОМОГИ ДІТЯМ ІЗ ГРДУ

ГРДУ є хронічним, пожиттєвим розладом, а тому і допомога дітям із ГРДУ повинна базуватися на концепції довготривалого супроводу сім'ї та дитини впродовж вікових етапів життя. Це не той розлад, що виліковується одним курсом терапії – отожд і терапевтична модель має бути зорієнтованою на зменшення негативного впливу ГРДУ на розвиток дитини, подолання і попередження вторинних проблем, а не на повне одужання. Важливо бачити ГРДУ в контексті життя дитини, її вікових етапів розвитку, складної взаємодії біопсихосоціальних факторів – і відповідно вибудовувати план терапевтичних заходів, які не тільки сприяють подоланню існуючих труднощів, а й попереджують виникнення вторинних проблем, сприяють позитивному розвитку дитини.

Основою такого супроводу сім'ї та дитини є надійний партнерський зв'язок батьки-фахівці. Зокрема, для фахівців побудова стосунків із батьками в такому ключі особливо важлива, оскільки становить базову передумову ефективного терапевтичного супроводу.

Допомога сім'ї та дитині завжди має відповідати індивідуальним особливостям кожного випадку, відповідати на потреби кожної дитини та її рідних, а не бути свого роду «стандартним пакетом». Брак уваги до індивідуальних особливостей кожного випадку може призводити до неефективних, а інколи й контрпродуктивних заходів. Спроби розв'язувати одну проблему без усвідомлення, яким чином вона пов'язана з іншими, можуть лише дестабілізувати ситуацію. Так, для прикладу, навчання методів поведінкового керівництва матері, яка перебуває в депресії, без огляду на необхідність надання їй спе-

цифічної допомоги може заблокуватися нездатністю матері застосовувати рекомендовані принципи, а, відповідно, призвести до поглиблення зневіри у собі та в тому, що дитині можна допомогти. Зрештою така тактика може призвести до поглиблення депресії у матері, розриву стосунків із фахівцями й заперечення важливості послідовних методів поведінкового керівництва як неефективних. Отож добра терапевтична програма завжди впливає з ретельного діагностичного процесу та ґрунтовного діагностичного формулювання. Така програма мусить бути також реалістичною, враховувати пріоритетність проблем і відповідно структурувати послідовність їх вирішення.

Добра терапевтична програма виходить із біопсихосоціальної моделі ГРДУ і діє на всіх рівнях. У цьому полягає суть комплексного підходу. Звісно, така модель мультимодальної терапії неможлива без командного підходу, де фахівці різних спеціальностей узгоджено взаємодіють задля досягнення спільних цілей. Така форма допомоги зорієнтована, насамперед, на допомогу дитині в контексті її сім'ї та середовища розвитку (школа, середовище ровесників і т.п.) і діє на усі фактори біо-психо-соціального ланцюжка.

Основою усієї терапевтичної програми є послідовна психоедукація. Йдеться про освіту як дітей, так і батьків, учителів, ровесників і зрештою всього суспільства щодо природи ГРДУ, особливостей поведінки дітей та способів допомоги їм. Як уже згадувалося вище, Russell Barkley, відомий експерт у сфері ГРДУ, назвав психоедукацію найважливішим компонентом з-поміж усіх терапевтичних заходів. І це зрозуміло, адже як можна допомогти дитині, якщо не розуміти її «зсередини», не усвідомлювати її особливостей, справжніх причин та «механізму» її проблемної поведінки? Таке розуміння дитини сприяє не тільки більшій толерантності щодо її поведінкових проблем, але й усвідомленню важливості правильних, послідовних реакцій на різні прояви її поведінки, а також відповідному розташуванню наголосів у різних аспектах виховання дитини.

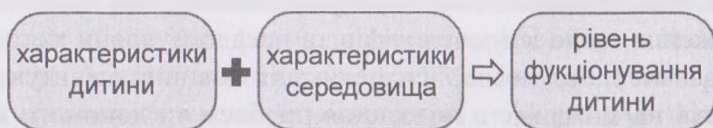
Усвідомлення реальності ГРДУ, хронічної природи розладу дозволяє батькам мати також більш реальні очікування щодо поведінки дитини, отож, зменшує стрес фрустрацій і сприяє мобілізації та мудрому розподілу енергії для «забігу на марафонську дистанцію»... Батькам як нікому іншому важливо навчитися жити зі своєю дитиною та її ГРДУ, співчутливо розуміти труднощі, з якими стикається дитина, і довготерпеливо допомагати їй у їх подоланні. Психоедукація батьків може здійснюватися за допомогою різних засобів – інформаційних буклетів, книжок, відеофільмів, індивідуальних та групових лекцій, інтернет-ресурсів та ін. У нашому центрі ми спостерігаємо особливу цінність групових лекцій, які ми проводимо в інтерактивному форматі – вони дають батькам змогу зустрітися з іншими батьками, а також почути живі історії та приклади один від одного, обмін досвідом, запитаннями тощо. Важливим компонентом психоедукації батьків має бути і застереження щодо існуючих міфів та псевдонаукових методів лікування. І, безумовно, психоедукація повинна орієнтувати батьків на можливість подолання проблем та допомоги дитині (інформуючи одночасно про реальні обмеження допомоги), а не пригнічувати їх статистичними даними щодо негативного прогнозу у дорослому віці і т.п.

Психоедукації потребує і сама дитина. Адже більшість дітей із ГРДУ відчувають, що з ними «щось не так», але часто не розуміють, що саме. Часті негативні реакції оточуючих можуть призводити до самозвинувачень дитини, формування в неї негативної самооцінки. Подання дитині її особливостей повинно робитися у формі, що відповідає її віку і представляє ГРДУ не як дефект, а як особливість, яка потребує допомоги, і яка дає також дитині і певні позитивні сторони. Вище уже згадувалося про метафору, яку ми часто використовуємо, – спортивного автомобіля, який має слабку систему гальм і керма. Отож «водій-учень» потребує допомоги «інструктора», який має ще додаткове гальмо, щоб забезпечити безпеку водін-

ня і т.д... У подальшому психоедукація повинна продовжуватися відповідно до зростання здатності дитини до самопізнання. Те саме стосується і психоедукації батьків – із часом вони потребують переосмислення ГРДУ, а також інформації про останні досягнення науки і нові перспективи у допомозі.

Не менш важливою є психоедукація в школі серед педагогів та однокласників дитини – вона є передумовою розвитку толерантності, збільшення мотивації до допомоги дитині та застосування ефективних тактик у навчанні та керуванні поведінкою дитини з ГРДУ.

Модель терапевтичних втручань для дітей із ГРДУ впливає з етіопатогенетичного розуміння природи цього розладу. Рівень функціонування дитини (соціального, академічного, психологічного) визначається взаємодією двох факторів: характеристик самої дитини та характеристик її соціального середовища.



Ця модель особливою мірою стосується дітей із ГРДУ, оскільки однією з головних характеристик поведінки цих дітей є те, що вона визначається більше факторами зовнішнього середовища, аніж внутрішніми «директивами». Іншою особливістю ГРДУ є те, що головні етіологічні фактори в цьому розладі біологічні, а головні прогностичні психосоціальні. Тож покращити рівень функціонування дитини можна шляхом впливу на дитину (наприклад, психофармакологічного) та/або впливу на соціальне середовище (сім'я, школа, ровесники). Відповідно, усі терапевтичні втручання при ГРДУ можна розділити на дві групи: ті, що впливають безпосередньо на дитину, і ті, що покращують рівень функціонування дитини опосередковано через вплив на її середовище.

Нижче наводиться перелік основних терапевтичних втручань при ГРДУ, що їх ефективність доведена даними наукових до-

сліджень. У сучасну еру доказової медицини наявність доказів щодо ефективності тих чи інших методів допомоги надзвичайно важлива. Вона не тільки орієнтує батьків та фахівців щодо вибору ефективних втручань із великого переліку можливих методів допомоги, але й захищає від витрати часу та коштів на те, що не допомагає або ж допомагає дуже мало. З огляду на велику кількість міфів щодо ГРДУ, а також і фінансові інтереси окремих осіб чи цілих організацій – батькам інколи пропонуються як «надзвичайно результативні» ті методи допомоги, які насправді не мають жодних доказів їхньої ефективності. Унаслідок цього батьки можуть затрачати багато часу і фінансів на те, що, зрештою, не дасть жодного значущого ефекту. Це явище поширене не лише в Україні, але й у цілому світі. Так, зокрема у своїй монографії, присвяченій ГРДУ, Samuel Goldstein (1998, с. 641-653) відводить цілий розділ аналізу методів, які є неефективними при ГРДУ, хоч і рекламуються як такі, що допомагають. На його думку, сфера медичних та психосоціальних послуг так само є ринком, який у когось, природно, викликає комерційний інтерес. Рекламні агенти відповідної продукції (а серед них, на жаль, можуть бути і фахівці, прямий обов'язок яких є лікувати дітей із ГРДУ) використовують такі ж методи, як і у продажі інших видів товару, а тому можуть переконливо говорити про високу ефективність даних методів, наводити історії «чудо-ефекту», пропонувати виготовлені їхньою ж компанією друковані та відеоматеріали. Багато батьків підпадають під тиск такої рекламної компанії – «чому б не спробувати, може, якраз допоможе...» На думку Goldstein, це є витратою енергії, часу та грошей – і, як наслідок, відводить сім'ю від отримання тієї допомоги, яка дійсно є ефективною. Тому «етичним обов'язком фахівців є надавати науково достовірну інформацію батькам, у тому числі і щодо цих суперечливих методів допомоги, щоби батьки могли вибрати найадекватніші та найефективніші методи допомоги дитині і не витрачали надарма обмежені фінансові та часові ресурси сім'ї» (Goldstein, 1998, с. 652).

Методи, які свого часу пропонувалися на ринку як ефективні при ГРДУ, проте дослідження не підтвердили їхньої ефективності або ж вона виявилася дуже незначною:

- Дієтотерапія (дієта Фейнгольда з виключенням харчових добавок, дієта зі зниженим вмістом вуглеводів та ін.)
- Лікування великими дозами вітамінів, мінеральними добавками, амінокислотами та ін.
- Метод сенсорної інтеграції
- Мануальна терапія
- Метод ЕЕГ-біофідбеку
- Терапія медикаментами, що використовуються для лікування вестибулярної дисфункції

Відповідно, щоб орієнтувати батьків та фахівців, радами експертів розроблено на основі даних наукових досліджень щодо ефективності тих чи інших методів допомоги протоколи допомоги дітям із ГРДУ (див. European clinical guidelines for hyperkinetic disorder, 2004; American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1997, 2002, 2007; American Academy of Pediatrics, 2000, 2001). Зрозуміло, що йдеться не так про те, що на даний час існують методи, які дозволяютьвилікувати ГРДУ, як про те, що з допомогою цих втручань можна значно покращити рівень функціонування дитини, а також попередити появу вторинних проблем, сприяти повноцінному розвитку дитини та її самореалізації.

Основні терапевтичні втручання при ГРДУ:

1. Психоедукація
2. Поведінкова терапія
3. Психофармакотерапія

Можливі (основні та додаткові) терапевтичні втручання при ГРДУ:

1. Дитино-центровані:
 - a. Психоедукація дитини/ підлітка
 - b. Психофармакотерапія
 - c. Психотерапія
 - d. Тренінг соціальних навичок та ін.

2. Сімейно-центровані:
 - a. Психоедукація батьків
 - b. Навчання батьків методів поведінкового керівництва
 - c. Сімейна психотерапія
 - d. Індивідуальна психотерапія/психіатрична допомога для батьків
 - e. Соціальна допомога сім'ї
 - f. Домашній відеотренінг спілкування та ін.
3. Орієнтовані на педагогічне середовище (школа, садок):
 - a. Психоедукація педагогів
 - b. Застосування специфічних підходів у навчанні та керівництві поведінкою дитини з ГРДУ в школі, садку.
 - c. Вибір навчального середовища (спеціалізована школа і т.п.) та ін.

За даними досліджень (див. огляд у Goldstein, 1998, с. 443-458; Taylor et al., 2004), найбільш ефективними методами терапії при ГРДУ є психоедукація та навчання батьків і педагогів методик поведінкового керівництва та психофармакотерапія психостимулянтами або атомоксетином. Якщо психофармакотерапію можна вважати базовим методом впливу на причини розладу (психостимулянти та атомоксетин підвищують концентрацію дофаміну та норадреналіну в нервових синапсах), то поведінкова терапія виходить із патогенетичної концепції ГРДУ і впливає на поведінку дитини шляхом організації факторів, що діють «тут і тепер» на мотивацію дитини до позитивної поведінки. Когнітивна психотерапія та тренінг соціальних навичок для дітей у індивідуальній чи груповій формі дають теж позитивний, але слабший, порівняно із попередніми формами втручання ефект, утім лише у дітей дещо старшого віку (з 9-10 років); і цей ефект утримується лише за умови одночасного навчання батьків/учителів надавати щоденну підтримку дитині в застосуванні вивчених технік та підходів. Тому даний метод втручання є радше додатковим, аніж основним методом допомоги.

Згідно з сучасним європейським протоколом (Taylor et al., 2004) психоедукація та навчання методів поведінкової терапії батьків та педагогів є основною формою допомоги як у дошкільному,

так і в шкільному віці. Психофармакотерапія є також базовим втручанням і застосовується у дітей із важкими формами ГРДУ в шкільному віці (йдеться про наявність виражених, первазивних симптомів розладу, які суттєво порушують функціонування дитини – у цих випадках рекомендується починати з психофармакотерапії і при її недостатній ефективності додавати поведінкову терапію), або при легших формах ГРДУ у школярів після застосування поведінкової терапії, якщо з її допомогою не вдалося достатньою мірою досягти важливих для розвитку і прогнозу дитини терапевтичних результатів. У виборі методів втручання (зокрема між поведінковою терапією, психофармакотерапією чи їх поєднанням) важливу роль відіграють не лише «протокольні» рекомендації, але й думка батьків, їхня готовність і відкритість до застосування того чи іншого методу. Щодо дітей із ГРДУ у дошкільному віці – то тут психофармакотерапія може мати місце лише у виняткових випадках, коли при повному застосуванні пакету поведінкових втручання залишаються значні порушення поведінки, які суттєво порушують функціонування дитини. Когнітивна психотерапія та тренінг соціальних навичок є допоміжними втручаннями і можуть бути доцільними у групі дітей шкільного віку та підлітків. Перераховані терапевтичні втручання становлять основу мультимодальної терапії при ГРДУ.

Європейський протокол терапії ГРДУ (Taylor et al., 2004)

1. Дошкільний вік:

- a. Починати з поведінкової терапії
- b. Додати фармакотерапію лише при недостатній ефективності поведінкової при наявності серйозних порушень функціонування дитини в основних сферах життя.

2. Шкільний вік:

- a. Легкі форми – починати з поведінкової терапії (вдома і в школі), додати фармакотерапію при недостатній ефективності попередніх втручання
- b. Важкі форми – починати з психофармакотерапії, при недостатній ефективності/супутніх розладах – додати поведінкову терапію.

З огляду на те, що ГРДУ є хронічним розладом із високим показником коморбідностей та значним впливом на психосоціальне середовище дитини, важливо усвідомлювати, що діти з ГРДУ у більшості випадків потребують саме мультимодальної програми допомоги, яка впливала б на усі аспекти біо-психо-соціального ланцюжка факторів. Психофармакотерапія, попри те, що вона є найбільш ефективним методом щодо редукції симптомів ГРДУ, не може бути єдиним методом допомоги. Дані останнього великого дослідження, проведеного Національним інститутом психічного здоров'я США (МТА Cooperative Group, 1999, 2004), у якому порівнювалася ефективність поведінкової, медикаментозної та комбінованої терапії показали, що ізольоване застосування психофармакотерапії дає значно більший ефект, аніж застосування поведінкової терапії щодо редукції симптомів ГРДУ – і цього можна було очікувати, виходячи з сучасного розуміння етіології та патогенезу розладу. Адже медикаментозна терапія на пряму впливає на причину розладу, а тому зменшує симптоми ГРДУ, тоді як поведінкова терапія радше контролює прояви симптомів і націлена на зменшення спричинених ними функціональних порушень. Вона є свого роду «компенсуючою» терапією і не стільки зменшує симптоми розладу, як попереджає їхній можливий негативний вплив на функціонування дитини в основних сферах життя. Вищезгадане дослідження показало також, що поєднання медикаментозної та поведінкової терапії дає доволі незначну додаткову редукцію симптомів ГРДУ у порівнянні до ізольованого застосування фармакотерапії – і це також можна зрозуміти з огляду на нейропсихіатричну природу розладу. Втім за даними даного дослідження комбінована форма терапії є більш ефективною, ніж застосування виключно психофармакотерапії щодо покращення рівня функціонування сім'ї, а також щодо впливу на коморбідні розлади. Попри те, що результати даного дослідження викликали певні сумніви щодо того, наскільки важливим і доцільним є застосу-

вання поведінкової терапії в усіх випадках ГРДУ, власне у відповідь на ці сумніви провідні фахівці у даній сфері виступили на захист важливості пакету психосоціальних втручань (див. Barkley, 2006, с. 454-460). Цінність цих втручань полягає насамперед у тому, що вони дають результат, якого не можна вповні очікувати від медикаментозної терапії: вони збільшують розуміння батьками особливостей своєї дитини, допомагають їм покращити стосунки з дитиною, виробити ефективні стратегії виховання та керівництва поведінкою дитини. Відповідно, це веде до зменшення сімейного стресу, рівня конфліктів, покращує самооцінку батьків, функціонування та емоційну атмосферу в родині. Відповідно, це веде також і до покращення емоційного самопочуття дитини та її самооцінки. Те саме стосується і застосування поведінкової терапії в школі педагогами.

Особливою цінністю психосоціальних втручань є саме зміцнення сім'ї як основного ресурсу дитини. А з огляду на очікувану кількість стресів та випробувань як для сім'ї, так і для дитини навряд чи може виникнути сумнів у важливості цих втручань, їх особливій підтримуючій та превентивній силі. Пригадаймо, що ГРДУ є розладом, основні причини якого є біологічними, але основні прогностичні фактори – психосоціальні. Отож, якщо медикаментозна терапія діє на біологічні фактори, а тому є такою ефективною щодо редукції симптомів, то психосоціальні втручання діють на прогностичні фактори, а тому є такими важливими щодо впливу на прогноз розвитку дитини. Одним із основних завдань психосоціальних втручань є саме забезпечення супроводу сім'ї та дитини в процесі вікового розвитку останньої.

Іншою цінністю психосоціальних втручань є їхній вплив на коморбідні розлади (зокрема опозиційно-викличний розлад поведінки та власне розлад поведінки) – власне психосоціальні втручання є основою терапії цих розладів. Пригадаймо, що коморбідність ГРДУ і поведінкових розладів є дуже високою (40-60%). У розвитку цих коморбідних розладів «на ґрунті ГРДУ» основну роль відіграють власне психосоціальні фак-

тори (психопатологія батьків, негативні методи виховання, негативні взаємини між батьками та дитиною, несприятливе середовище ровесників). Тому психосоціальні втручання, навіть у випадку «чистого» ГРДУ, мають важливу роль щодо терапії і, що особливо важливо, попередження розвитку вторинних поведінкових розладів. Цінність поведінкової терапії є також у тому, що вона вчить батьків керувати поведінкою своєї дитини із ГРДУ (те саме стосується і педагогів щодо учнів із ГРДУ). Це важливе завдання, адже до дітей з ГРДУ потрібен децю особливий підхід і те, що діє на «звичайних» дітей, на них може діяти не до кінця. Навіть у випадку прийому медикаментів дитина не постійно їх прийматиме; їхня дія не завжди є «24 години на добу» і не завжди на 100% зменшує симптоматику розладу. Отож, уміти керувати поведінкою своєї дитини, зменшувати її негативні наслідки є важливим завданням для батьків. Варто також пам'ятати, що значна частина батьків роблять вибір розпочати з поведінкової терапії, як з більш безпечної і лише при її недостатній ефективності погоджуються додати медикаменти. Частина батьків має сильне упередження до психофармакотерапії загалом, яке не завжди можливо подолати методами психоедукації. У тих випадках поведінкова терапія є єдиним методом допомоги. Так само медикаментозна терапія не усім батькам є доступна фінансово (для прикладу, ціна препаратів Concerta та Strattera, які найбільш з'являються в Україні, є доволі високою – 70-100 євро на місяць), отож не кожна дитина зможе її отримати власне з фінансових причин. Тому в клінічній практиці існує питання не так протиставлення одного методу допомоги іншому, як їхнього мудрого поєднання у кожному конкретному випадку.

Інтенсивність психосоціальних втручань у залежності від сім'ї, вираженості психопатології у батьків, сімейної дисфункції може бути різною. Пригадаймо, Європейський протокол (Taylor et al., 2004) пропонує починати з поведінкової терапії і лише у випадку її недостатньої ефективності додавати

психофармакотерапію (окрім важких випадків із вираженими порушеннями функціонування). Дещо відмінним є американський протокол (ААСАР, 2007), який пропонує у соціально доброякісних випадках (при відсутності значної сімейної дисфункції та виражених коморбідних розладів у дитини) розпочинати з психоедукації та медикаментозної терапії і лише при наявності порушень функції батьківства, стосунків між батьками та дитиною, виражених коморбідних розладах додавати до медикаментозної пакет психосоціальних втручань. При цьому, звісно, враховується думка батьків і їхнє право вибору того чи іншого методу терапії, послідовності їх застосування.

Важливо пам'ятати, що терапевтична програма не вичерпується лише цими, специфічними щодо ГРДУ втручаннями – поведінковою та психофармакотерапією, а має бути індивідуалізована щодо кожного випадку і має відповідати на виявлені в ході діагностичного процесу проблеми. Відповідно до наявності коморбідних розладів чи вторинних проблем у дитини чи її сім'ї може бути надзвичайно важливим і ряд інших втручань: педагогічних (з огляду на можливу наявність специфічних розладів шкільних навичок і академічних проблем), психофармакотерапевтичних (з метою терапії коморбідних розладів), психотерапевтичних (для дитини при низькій самооцінці, наявності коморбідних тривожних розладів, депресії; для батьків та сім'ї у випадку наявності проблем із психічним здоров'ям у когось із батьків чи значної дисфункції в родині), соціальних (наприклад, залучення дитини в здорове соціальне середовище ровесників, групи взаємопідтримки для батьків, захист дитини від насильства в родині і т.п.) та ін. У кожному випадку з огляду на пріоритетність проблем важливо також і організувати в часі послідовність терапевтичних втручань та оцінювати реальність їхнього втілення.

Допомога дітям із ГРДУ будується довкола чітких цілей, які вказують «напрямок» терапії і дають змогу оцінювати її ефективність. Якщо діагностичний процес дозволяє локалізувати ці

карті, де знаходиться сім'я і дитина в поточний момент, то поставлені терапевтичні цілі вказують на ту точку, до якої сім'я і дитина мали б наблизитися у випадку ефективної допомоги.

Прикладом терапевтичних цілей для дітей із ГРДУ можуть бути:

1. Покращення стосунків дитини з батьками, братами/сестрами, вчителями, ровесниками.
2. Зменшення проблемної поведінки.
3. Покращення академічної успішності дитини.
4. Покращення самооцінки дитини.
5. Більша незалежність дитини та самоорганізованість, зокрема у виконанні домашнього завдання та інших обов'язків.

Терапевтичні цілі у багатьох випадках потребують більшої орієнтації на сім'ю, зокрема: покращення психологічної атмосфери в родині, зменшення рівня конфліктів, підвищення рівня компетентності батьків та їхньої ефективності у керівництві поведінкою дитини, покращення стосунків між братами/сестрами та ін. Звісно, що цілі будуть дещо відмінними у кожному випадку.

Проведення терапевтичних втручань вимагає регулярного аналізу ефективності процесу. Це може здійснюватися як за допомогою безпосереднього спілкування з батьками та дитиною, так і за допомогою повторного заповнення опитувальників, аналізу змін в академічній успішності та ін. Моніторинг ефективності надзвичайно важливий, бо відсутність позитивного ефекту звичайно вказує на наявність невиявлених і не взятих до уваги супутніх проблем та розладів у дитини або ж у соціальному середовищі. Іншою причиною неефективних втручань є діагностичні помилки, невірне застосування методів терапії, порушення співпраці з батьками та ін. У кожному індивідуальному випадку важливо «тримати руку на пульсі» і відповідно реагувати модифікацією терапевтичної програми. Втім, і при позитивному результаті важливо продовжувати супровід сім'ї та дитини, бо з кожним новим віковим періодом, етапом

життя можуть з'явитися нові випробування, які вимагатимуть нових форм допомоги.

Підсумок

- ❑ ГРДУ є пожиттєвим розладом, а тому й модель допомоги дітям та їхнім родинам повинна базуватися на концепції тривалого супроводу, сприяння позитивному розвитку дитини та попередженню виникнення вторинних проблем.
- ❑ Допомога дітям із ГРДУ можлива лише в контексті партнерських стосунків між батьками та фахівцями.
- ❑ Психоедукація батьків, дитини, педагогів є фундаментом ефективної допомоги.
- ❑ Терапевтична програма повинна бути індивідуалізованою, базуватися на даних діагностичного процесу і комплексно діяти на кожну ланку біо-психо-соціального ланцюжка.
- ❑ Два основні методи, ефективність яких при ГРДУ доведена даними наукових досліджень, – психофармакотерапія та навчання батьків та педагогів методів поведінкового керівництва – повинні застосовуватися відповідно до сучасних протоколів терапії ГРДУ з урахуванням віку дитини, важкості розладу та інших індивідуальних характеристик.
- ❑ Наявність супутніх проблем та розладів як у дитини, так і в її соціальному середовищі вимагає адекватних терапевтичних втручань.
- ❑ Терапевтична програма повинна мати чіткі цілі і її ефективність повинна піддаватися регулярному моніторингу.
- ❑ На даний момент ГРДУ є розладом, який неможливо вилікувати, втім ефективні терапевтичні втручання можуть значно покращити рівень функціонування дитини з ГРДУ, попередити розвиток вторинних проблем і сприяти її повноцінному розвитку та самореалізації.

ДОПОМОГА БАТЬКАМ ДІТЕЙ ІЗ ГРДУ

Основним терапевтичним втручанням для дітей із ГРДУ є допомога їхнім батькам у оволодінні ефективними стратегіями виховання та сприяння повноцінному розвитку дитини (звісно, це ніяк не применшує і важливості та необхідності у багатьох випадках і психофармакотерапії). Хоча «погане» батьківство не є причиною ГРДУ, ефективне, компетентне батьківство є надзвичайно важливим фактором, що зменшує проблемну поведінку, попереджує розвиток вторинних проблем та покращує рівень функціонування дитини, а відповідно і її прогноз розвитку. Навчання батьків специфічних методів керування поведінкою дитини не змінить характеристик функціонування головного мозку дитини (хоча з огляду на сучасні знання щодо нейропластичності про неможливість цього уже не можна говорити так категорично), але може суттєво вплинути на те, як функціонує дитина в середовищі і як вона розвивається – а відповідно, яким буде її майбутнє. Стосовно цього дуже цінними є дані досліджень (див. огляд у Goldstein, 1998, с. 443-458), які підтвердили, що характеристики сім'ї (зокрема характеристики стосунків дитини з батьками та методів впливу на поведінку дитини, які застосовують батьки) є визначальними факторами щодо прогнозу розвитку дитини. І це дуже важливо усвідомити: хоча медикаменти напряду впливають на причини розладу і зменшують вираженість його симптомів під час психофармакотерапії, розвиток дитини насамперед визначають характеристики соціальних середовищ, у яких минає життя дитини, серед яких сім'я є, без сумніву, основним. Саме тому можна стверджувати, що первинною допомогою дитині з ГРДУ має бути допомога її батькам у створенні оптимально-

го середовища для її розвитку. Батьки потребують додаткових знань та оволодіння специфічними методами впливу на поведінку дитини та допомоги їй у розвитку.

Якщо пригадати, що патогенетично ГРДУ є розладом мотивації, при якому поведінку дитини контролюють найближчі, а не віддалені наслідки, то зрозуміло, що основним патогенетичним методом впливу на поведінку дитини буде створення для неї такого компенсуючого середовища, в якому бажану поведінку будуть підтримувати негайні винагороди, а проблемну стримуватимуть негайні негативні наслідки. За умови створення такої системи позитивного поведінкового керівництва в середовищі щоденного життя дитини її поведінкові проблеми можуть бути значно зменшені, вторинні ускладнення попереджені, рівень функціонування дитини в усіх сферах – соціальній, академічній, емоційній покращений. Поступово дитина набуватиме здатності позитивно справлятися із усіма завданнями свого розвитку і успішно «переходити з класу в клас»...

Тому для батьків є такою важливою психоедукація та навчання специфічних методів поведінкової терапії – щоби вони розуміли патогенетичний механізм ГРДУ і на основі цього розуміння могли щоденно, «тут і тепер» застосовувати техніки і підходи позитивного поведінкового керівництва. Це, звісно, не означає, що усе батьківство дитини з ГРДУ повинно бути зведено до технік керування поведінкою дитини – успішна поведінкова терапія можлива лише в контексті здорових стосунків між батьками та дитиною, їхньої любові та віри в неї та багатьох інших підставових речей, які формують фундамент будь-якого здорового батьківства. Використання технік поведінкової терапії на фундаменті порушених стосунків не призведе до позитивних результатів, а, радше, стане механізмом маніпуляції дитиною та поглиблення поведінкових проблем. Тому допомога батькам дітей із ГРДУ повинна містити комплекс заходів, а не лише навчання технік поведінкового керівництва. Завданням діагностичного процесу є оцінка функціонування усієї сім'ї, психологіч-

ного стану батьків і т.д. – з метою формування «пакету» допомоги родині. У разі значної сімейної дисфункції, виявлення психічних розладів у батьків, порушень сприйняття дитини та ін. можуть бути надзвичайно важливими інші, окрім поведінкової терапії, методи допомоги.

Існує велика емпірична база (див. огляд досліджень у Barkley, 1996, с. 404-407), яка підтверджує ефективність програм навчання батьків специфічних методів поведінкового керівництва. Причому ефективність цих програм є не тільки негайною, але позитивні наслідки зберігаються і на тривалий термін. Позитивний ефект проявляється не лише у зменшенні поведінкових проблем у дитини з ГРДУ як удома, так і в школі, але й у багатьох суміжних сферах: покращення поведінки також у здорових братів/сестер, підвищення рівня освіченості батьків щодо ГРДУ, зменшення рівня стресу, підвищення самооцінки себе як батьків, відчуття власної компетентності, зменшення подружніх конфліктів довкола питань виховання дитини, покращення функціонування сім'ї в цілому (Barkley, 1996, с. 429-430). Зміна стосунків батьків із дитиною веде також до кращого емоційного стану дитини, до зменшення чи попередження розвитку вторинних коморбідних розладів (зокрема поведінкових, тривожних, депресії), більш позитивної самооцінки дитини (Barkley, 2006, с. 454-460).

Основні цілі у допомозі батькам

Базова модель допомоги батькам дітей із ГРДУ скерована на досягнення наступних цілей:

1. Допомогти батькам розуміти свою дитину та обумовлені ГРДУ особливості її поведінки.
2. Допомогти батькам у побудові позитивних стосунків із дитиною.
3. Допомогти батькам у виробленні додаткових, «компенсуючих» стратегій керування поведінкою дитини з метою зменшення її поведінкових проблем та покращення рівня функціонування.
4. Допомогти батькам у виборі та втіленні ефективних стратегій виховання дитини та навчання її життєво важли-

вих соціальних, академічних та інших навичок, розвитку позитивної самооцінки, розкриття її здібностей і т.д.

5. Сприяти зменшенню рівня стресу у батьків, підвищенню відчуття компетентності, позитивної самооцінки, зміцненню внутрішніх та зовнішніх ресурсів сім'ї, подружніх та сімейних стосунків загалом.

У залежності від особливостей кожної сім'ї додатковими цілями можуть бути:

1. Допомога батькам у подоланні власних психологічних труднощів.
2. Покращення рівня функціонування сім'ї (подолання комунікативних дисфункцій, порушень подружніх стосунків, проблем у стосунках між братами/сестрами і т.п.).
3. Допомога батькам у подоланні соціальної ізоляції та інших проблем у соціальній сфері; зміцнення соціальних ресурсів сім'ї і т.п.
4. Допомога батькам у виробленні стратегій щодо подолання вторинних проблем чи наявних у дитини коморбідних розладів.

Основні принципи роботи з батьками

Терапевтична робота з батьками починається, як уже згадувалося, із діагностичного періоду. Її фундаментом є надійні партнерські стосунки, недооцінити важливість яких є справді небезпечно з огляду на результативність подальших заходів. Терапевтична робота впливає з усвідомлення батьками проблем своєї дитини, її особливостей, сприйняття батьками поставленого діагнозу та їхнього розуміння необхідності тих чи інших терапевтичних втручань. Батьки повинні добре розуміти, що і як може допомогти їхній дитині, знати про свою визначальну роль в цьому.

Терапевтична робота з батьками повинна бути індивідуалізована і має виходити з даних обстеження. Якщо у батьків наявні серйозні проблеми з психічним здоров'ям (наприклад, депресія чи узалежнення від алкоголю), то необхідно насамперед допомогти батькам у цьому або ж скерувати їх за допомогою спеціальної допомоги. Те саме стосується, якщо

сім'я переживає серйозну кризу (наприклад, насильство в родині, виражені подружні конфлікти і т.п.). Вирішення цих проблем є пріоритетним і повинно передувати наступним втручанням. Важливо усвідомлювати, що в стані психічного розладу чи ж значної сімейної дисфункції, високого рівня стресу батьки можуть виявитись неспроможними реалізувати пропонувані їм поведінкові методи. Виражена сімейна дисфункція, наявність багатьох соціальних та психічних проблем можуть вимагати особливих, кризових втручань, залучення команди фахівців (соціального працівника, психіатра, психотерапевта та ін.). У таких випадках важливо реально оцінити стан сім'ї і її готовність до реалізації терапевтичних заходів із метою допомогти дитині з ГРДУ. Інколи в таких ситуаціях основними джерелами допомоги дитині можуть стати інші важливі для неї дорослі (як – от бабуся, тітка та ін.) – і часом може виникнути необхідність залучити і їх.

Основою моделі співпраці батьків із фахівцями є спільне дослідження проблеми, вироблення стратегій, їх реалізація батьками, аналіз їхньої ефективності, при потребі модифікація тощо. Фахівець виконує роль консультанта, який допомагає батькам, але при цьому не домінує над ними, а ділиться своєю компетенцією, усвідомлюючи і поважаючи також компетенцію батьків. Фахівець проводить послідовну психоедукацію, структурує процес терапії, допомагає батькам сформулювати цілі та виробляти стратегії їх досягнення. При цьому акцент робиться на тому, щоби допомогти батькам зрозуміти суть та принципи необхідних для дитини втручань, а не «диктувати» батькам алгоритми деталізованих технік. Із досягненням розуміння основних принципів втручань сама «техніка» розробляється спільно з батьками, роль фахівця тут полягає у передачі компетенції батькам, у тому, щоби надати їм упевненості, що надалі вони самі зможуть, розуміючи принципи допомоги, генерувати власні стратегії та методи вирішення проблем, які з'являтимуться в житті дитини. Мета фахівця полягає

не в тому, щоб стати «рятівником» чи «експертом», від якого батьки узалежнені, а без якого – безпорадні, а в тому, щоби допомогти батькам ставати усе більш компетентними і незалежними. У такий спосіб фахівець сприяє підвищенню самооцінки у батьків, їхньої віри в себе та у свою здатність бути «достатньо добрими» батьками для своїх дітей.

Відповідно і мова спілкування повинна бути вільною від професійного жаргону, а позиція фахівця актуальна, радше, у ролі підтримуючої особи та консультанта. Якщо порівняти виховання дітей з турботою про дерева в саду, то головними садівниками є і будуть батьки, роль фахівців – бути, радше, консультантами із садівництва... Батьки інколи можуть бути настільки зневірені у собі і власній здатності допомогти дитині, що очікують від фахівців цілковитої «корекції» дитини за допомогою індивідуальних консультацій з нею, індивідуальної психотерапії і т.п. Часом фахівці потрапляють у цю пастку і відводять батькам роль таких, що приводять дитину на консультацію і чекають під кабінетом... Передати батькам усвідомлення, що саме вони є головними для дитини, що від них і тільки від них залежить дуже багато, і що саме вони можуть позитивно розв'язати це завдання – це дуже важлива для фахівця ціль роботи з батьками.

Буває так, що батьки покладають свої основні очікування щодо допомоги дитині на медикаменти. Попри те, що в багатьох випадках медикаменти можуть відігравати важливу роль, фахівцям знову ж таки важливо допомогти батькам усвідомити, що медикаменти – це лише частина розв'язання проблеми, основна роль усе одно залишається за батьками, вони можуть зробити те, чого не може зробити жоден лік – *виховати, виростити дитину*... У нашій клініці ми іноді свідомо дещо відтермінуємо призначення психотропних ліків дитині, щоби батьки змогли спершу пересвідчитися, що зміни в їхньому ставленні, підході до дитини дають помітний результат і що це саме їхня, а не ліків, заслуга... Втім, це, звісно, аж ніяк не

знецінює важливості і доцільності проведення у певних випадках додаткової психофармакотерапії.

Іншим важливим принципом роботи з батьками є врахування їхніх індивідуальних психологічних, культурних, релігійних та інших особливостей. Навчання батьків принципів поведінкового керівництва не є «начиткою» лекцій із деталізованою інструкцією до дії. Це радше бесіда, презентація певної наукової інформації та подальше спільне критичне її осмислення та спроби пошуку ефективних форм допомоги дитині. Саме мотив допомоги дитині об'єднує батьків та фахівців як партнерів. Розбіжність у поглядах, яка трапляється, є не підставою до розриву партнерства, а, радше, поштовхом до спільного пошуку, що насправді допоможе дитині, поштовхом до критичного осмислення різних можливих підходів і вибору найефективнішого. Позиція фахівця щодо батьків – це не підхід на зразок «робіть так, як я вам кажу, бо я фахівець», а, радше, співпраця: «спробуймо разом розглянути різні стратегії, оцінити їх, передбачити наслідок їхнього втілення, можливі позитивні та негативні наслідки. А тоді виберемо найкращу для дитини – причому вибір залишаємо за вами; а якщо стратегія виявиться неефективною, можна спробувати наступну». Такий підхід не тільки сприяє стосункам партнерства і довіри, але й зменшує опір батьків, робить їх більш відкритими до модифікації власних переконань та підходів щодо виховання. Зіткнення з патологічними переконаннями батьків як щодо дитини («її ніщо не змінить, в неї просто злий характер»), так і щодо методів виховання («тільки паском виб'єш із нього проблемну поведінку») та своєї ролі в цьому («то роль жінки, а не чоловіка виховувати дітей») може значно утруднювати терапевтичні втручання, не піддаватися одним лише психоедукативним підходам, а потребувати складніших психотерапевтичних заходів – зокрема, як один із можливих варіантів – технік когнітивної терапії щодо модифікації патологічних думок та переконань.

Деколи причиною опору батьків упровадженню певних поведінкових втручань можуть бути не так свідомі переконан-

ня, як неусвідомлені психологічні конфлікти, особистісні характеристики батьків, «привиди» з їхнього минулого. Так, для прикладу, непослух дитини мама може сприймати як її відкинення дитиною, прояв того, що вона не заслуговує на любов (це може бути зумовлено досвідом із її власного дитинства), а значить – надто емоційно реагувати на кожен конфлікт із дитиною і тому бути неспроможною діяти відповідно до узгодженої на консультації «схеми». Або ж навпаки, бажання мати «любов» дитини може блокувати застосування мамою послідовної дисципліни з огляду на те, що мама сама мала в дитинстві авторитарного батька, якого не любила, отож вона не може бути строгою і вимогливою з дитиною, бо боїться, що тоді та не любитиме її так само, як вона сама в дитинстві не любила свого батька. Такі, часто неусвідомлені, реакції опору по впровадженню методів поведінкового керівництва вимагають уваги в процесі консультування і часом дослідження минулого батьків, їхніх стосунків із власними батьками і відповідних психотерапевтичних втручань.

Іншим важливим аспектом роботи з батьками є принципи «крок за кроком». Важливо поспішати поволі. Потрібно добре структурувати послідовність дій та пріоритетність цілей. Важливо «не кусати нараз надто багато». Для досягнення терапевтичних цілей важлива певна етапність у роботі: є підготовчі заходи, є мобілізація ресурсів, вибір досяжних та реальних для реалізації завдань і т.д. Немов побудова будинку, допомога дитині у вирішенні проблем мусить відбуватися поступово, з певною терпеливістю, поверх за поверхом, від фундаменту догори... Модель роботи з батьками передбачає вибір стратегій, генерування домашніх завдань. За умови здобуття успіху, вдалого «проходження» одного етапу і досягнення початкових цілей можна переходити до наступних. А у разі невдач важливо уважно дослідити їхні причини, генерувати нові стратегії і лише з «побудовою фундаменту» братися до будівництва «першого поверху» і т.д. Так само в архітектурі роботи з

батьками є певна послідовність: психоедукація, розуміння дитини, побудова стосунків, покращення комунікації, упровадження принципів поведінкового керівництва і т.д. Мабуть, одна з найчастіших помилок – то спроби швидких рішень і готових рецептів: вони, звичайно, не тільки неефективні, але й контрагерapeutичні, бо зменшують довіру і мотивацію батьків до подальшої роботи.

Приклад покрової програми поведінкової терапії для батьків – 8-крокова програма Barkley (1997):

- 1-ий крок: побудова позитивного стосунку з дитиною
- 2-ий крок: застосування позитивної уваги до дитини та похвали як методу заохочення
- 3-ій крок: впровадження бальної системи заохочень
- 4-ий крок: впровадження методів покарання – «штрафи» та тайм-аут
- 5-ий крок: розширення поля застосування тайм-ауту; перегляд ефективності попередніх кроків
- 6-ий крок: застосування принципів поведінкового керівництва при проблемній поведінці у громадських місцях
- 7-ий крок: вирішення поведінкових проблем дитини у школі
- 8-ий крок: попередження майбутніх проблем

У моделі роботи з батьками особливе місце займає принцип домашніх завдань. Стратегії існують для того, щоби їх імплементувати. Так само матеріал кожної зустрічі передбачає наступний етап упровадження в дію певних нових принципів та завдань. Зустрічі з фахівцем – це, свого роду, місце аналізу того, що відбувається на «полі битви» з проблемами дитини та вироблення стратегій нових «бойових операцій». Саме життя з дитиною, щоденна взаємодія з нею і є тим основним терапевтичним полем, де батьки є одними з головних діючих осіб. Тож генерування домашніх завдань та аналіз успішності їх виконання є одним із головних принципів у роботі з батьками.

Формат терапевтичних втручань

Робота з батьками може мати різні форми. Вибір форми насамперед залежить від характеристик кожної сім'ї та її індивідуальних потреб. У випадках неускладненого ГРДУ при відсутності значної сімейної дисфункції, психологічних труднощів у батьків та відносно легкій формі розладу найбільш економним є груповий формат. Йдеться про цикл півторагодинних зустрічей для групи батьків дітей із ГРДУ. Рекомендована чисельність групи до 15 осіб, середня кількість зустрічей від 4 до 20 в залежності від характеристик групи. Груповий формат має ряд суттєвих переваг: він дозволяє батькам спілкуватися один з одним, а отже – ділитися досвідом, віднаходити підтримку, бути джерелом взаємодопомоги один для одного, сприяти виходу сім'ї із соціальної ізоляції тощо. У нашому центрі ми дуже цінуємо такого роду зустрічі з батьками, які у форматі «Батьки для батьків» дають значний терапевтичний ефект. Ефективність груп взаємопідтримки для батьків дітей із особливими потребами доведена і за даними досліджень (Santelli et al, 2001).

За даними досліджень у батьків, які брали участь у програмі взаємопідтримки «Батьки для батьків»:

- Менша частота депресій
- Вища самооцінка та впевненість у власних силах
- Більша мережа соціальної підтримки
- Більший доступ до інформації
- Більш позитивна та реалістична адаптація до особливих потреб дитини

Великою перевагою групового формату є також можливість інтерактивного проведення навчання з використанням прикладів із реального життя інших сімей, спільно генерованих стратегій, креативних ідей та ін. За вдалої підтримки ведучим група може перетворитися у команду батьків, які допомагають один одному в пошуку оптимальних рішень проблем своєї дитини. Емоцій-

на підтримка, обмін досвідом, реальні історії успіху, відчуття «ти не один» є важливими терапевтичними факторами, що притаманні груповому формату роботи. Тому в нашому центрі ми намагаємося надати батькам попри індивідуальне консультування також можливість участі в батьківській групі. Найчастіше ми використовуємо одночасне проведення окремих груп для батьків і дітей. Але часом ми проводимо також окремі групи виключно для батьків, зокрема тих, діти яких не беруть участі в групах тренінгу соціальних навичок.

Дуже бажаною є участь обох батьків у заняттях, втім, часто це не є можливим. У таких випадках ми наголошуємо на важливості передачі інформації мамою чи батьком, які відвідали сесію, тій особі, якої не було. Досягнення єдності у баченні проблем своєї дитини та дотриманні спільної стратегії допомоги є базисною умовою успішних терапевтичних втручань. За значних розбіжностей у позиції чоловіка/дружини може бути необхідною сімейна психотерапія чи окрема сесія, присвячена виключно темі розбіжностей та виробленню узгоджених спільних підходів.

Наша модель групового формату побудована на когнітивно-поведінковій моделі Bloomquist (1996) та Barkley (1997) і дещо адаптована до української реальності. Заняття складається з соціальної частини, яка включає знайомство та його подальше поглиблення, обмін настроєм та важливими подіями за тиждень. Тоді іде час на презентацію нової теми, яка може включати в себе міні-лекцію, спільне обговорення, наведення прикладів із життя сімей, обмін досвідом, рольові ігри, спеціальні вправи на комунікацію і т.п. Тоді звичайно формулюється домашнє завдання і на завершення є можливість знову ж таки по колу поділитися настроєм, сказати щось від себе як резюме сьогоднішньої теми.

Орієнтовний перелік тем групових сесій:

1. Розуміння природи ГРДУ. Огляд методів допомоги дітям із ГРДУ. Роль батьків.
2. Батьківство. Основні завдання батьків у вихованні дітей. Необхідні якості та навички. Особливі виклики для батьків у вихованні дитини з ГРДУ.
3. Стосунки батьки-діти. Уміння слухати та розуміти дітей.
4. Роль батьків у формуванні позитивної самооцінки у дитини.
5. Стрес батьківства. Програма самозбереження для батьків. Можливі психологічні труднощі – основи психогієни для батьків.
6. Основні принципи поведінкового керівництва для дітей із ГРДУ.
7. Використання принципу заохочення. Важливість ефективних указівок та правил.
8. Використання принципу покарання.
9. Повторення методів поведінкового керівництва. Розгляд специфічних ситуацій.
10. Як допомогти дитині у навчанні?
11. Як допомогти дитині у розвитку соціальних та комунікативних навичок?
12. Емоції у житті дитини – як допомогти дитині їх адекватно висловлювати та інтегрувати? Емоційні розлади у дітей – роль батьків у їх подоланні.
13. Моя сім'я: як вона живе і як ми її будемо.
14. Проблеми стосунків із соціальним оточенням.
15. Із думкою про майбутнє: мистецтво планування та передбачення проблем.
16. Підсумкове заняття.

Втім, групова форма роботи підходить далеко не кожній сім'ї. Значна вираженість поведінкових проблем, наявність коморбідних розладів, сімейної дисфункції, психологічних труднощів у батьків вимагають індивідуального консультування, яке часто виходить за рамки виключно навчання методів поведінкової терапії і включає елементи сімейної та індивідуальної психотерапії. Формат індивідуальної зустрічі з батьками дає достатньо часу, щоби сфокусуватися на складних проблемах окремої сім'ї і при-

цільно шукати стратегічні рішення. Зрозуміло, що можливість такої сфокусованої праці в межах групової роботи значно обмежена. Тривалість індивідуального консультування для батьків триває в середньому в межах 4-10 сесій, але в окремих випадках може існувати потреба триваліших втручань і одночасне використання декількох форматів (наприклад, сімейна психотерапія, індивідуальна, консультування для батьків і т.д.). Звичайно спочатку інтенсивність зустрічей регламентується один раз у тиждень, пізніше вона може бути нижчою, а надалі становити періодичні одинарні сесії раз у квартал-півроку. Переважно на сесії приходять батьки без дитини, але на окремі зустрічі може запрошуватися уся сім'я в залежності від мети сесії (наприклад, у роботі з сім'ями підлітків для укладання поведінкового контракту, при тренінгу комунікації в сім'ї та ін.).

Зрозуміло, що тематика і терапевтичний фокус зустрічей визначаються індивідуально і відбуваються дуже по-різному в залежності від характеристик кожної сім'ї. Далі наводиться перелік основних завдань, які є фокусом терапевтичних втручань у консультуванні батьків дітей із ГРДУ. Зрозуміло, що вони актуальні не для всіх родин, хоч і являють собою доволі типовий перелік завдань, із якими стикається фахівець у психологічному консультуванні/супроводі батьків дітей із ГРДУ.

Допомогти батькам краще розуміти свою дитину та ситуацію загалом

Насамперед це завдання досягається шляхом послідовної психоедукації. Метою психоедукації, як уже не раз зазначалося, є допомогти батькам краще розуміти особливості своєї дитини, природу ГРДУ, необхідні методи допомоги та свою роль в цьому. Щоби бути ефективними у своїй батьківській ролі, батьки мусять бути в першу чергу компетентними, тобто володіти сучасною інформацією щодо ГРДУ. Втім, ідеться не лише про абстрактне, когнітивне розуміння природи розладу, а про безпосереднє цілісне, когнітивно-емпатійне знання своєї дитини.

Основні методи психоедукації:

- Презентація та роз'яснення батькам діагностичної інформації під час «круглого столу» з фахівцями
- Презентація інформації про ГРДУ під час індивідуальних зустрічей
- Лекції/семінари/конференції для батьків
- Друковані матеріали (буклети, статті, книжки, історії інших сімей і т.п.)
- Відеоматеріали
- Інтернет-ресурси

Важливо усвідомлювати, що психоедукація батьків завжди супроводжується певними емоційними реакціями (страх, смуток, злість і т.д.), адже вони отримують інформацію не про прогноз погоди, а про особливі труднощі та обмеження своєї дитини. Фахівцям важливо бути чутливими щодо емоційних реакцій батьків і допомагати їм не тільки когнітивно, але й емоційно інтегрувати отриману інформацію.

Для досягнення кращого розуміння батьками своєї дитини ми часто пропонуємо батькам якийсь час вести щоденник. Ми наголошуємо на тому, що інколи можна жити поруч, і дуже мало знати і розуміти один одного. Ми наголошуємо також на тенденції стереотипного сприйняття один одного через призму «етикеток», а також на проблемі проєкцій (наприклад, «я внутрішньо чуюся поганою мамою, а тому непослух дитини сприймаю, як її послання мені, що я не варта любові») та помилкової оцінки мотивів дитини (наприклад, «він це робить навмисне, наперекір мені»). Ми наголошуємо також на глибокому розумінні дитини – іноді поведінкові проблеми, на яких сфокусована увага батьків, є лише вершиною айсбергу, а інші, не менш важливі, труднощі залишаються поза увагою.

Отож, можна запропонувати батькам якийсь час дивитися на дитину мов на незнайомця – уважно, неосудливо, терпеливо. Ми наголошуємо на тому, що, аби пізнати когось, потрібен час, уважність, відкритість. Адже ми найкраще чуємо і бачи-

мо один одного, коли всередині є певна внутрішня тиша, відсутність галасу та метушні думок, почуттів, тривоги. Ми робимо чутливими батьків також до проблеми «спотворюючих окулярів» – перцептивних спотворень, а тому пропонуємо батькам спостерігати не тільки за своєю дитиною, але й за собою в процесі сприйняття: які тенденції простежуються в нашій оцінці дитини, які «етикетки» на неї чіпляємо, як сприймаємо її загалом, що думаємо про неї. Відповідно, на наступних зустрічах щоразу аналізуються спостереження батьків щодо дитини і на основі конкретних прикладів досягається лише розуміння мотивів та особливостей поведінки дитини. Ціллю такого аналізу є досягнення цілісного розуміння, бачення батьками своєї дитини. Особливу увагу ми приділяємо тому, як батьки сприймають свою дитину і ситуацію загалом, та на можливих негативних думках, які можуть блокувати терапевтичний процес і сприяти наростанню проблем. Це стосується як сприйняття батьками своєї дитини, так і походження її проблем, її майбутнього, себе, своїх стосунків, сім'ї, ситуації в школі і т.д.

Найпоширеніші негативні/дисфункційні думки у батьків:

- Моя дитина так поводить ся навмисне, бо не любить/ не поважає мене і т.п.
- Моя дитина має злий характер і її ніщо не змінить.
- З моєї дитини нічого доброго не виросте.
- Моя дитина найгірша.
- Моя дитина є причиною всіх сімейних проблем.
- Я погана мама/тато.
- Я винна/винен у тому, що моя дитина так поводить ся.
- Мій чоловік/дружина/вчителі дитини винні у її поведінкових проблемах.
- Я/ми нічого не можемо змінити.

У випадку виявлення у батьків думок такого роду важливо за допомогою технік когнітивної психотерапії дослідити їхню обґрунтованість, продуктивність та можливу альтернативу,

більш зважену та позитивно спрямовану оцінку ситуації. Відповідно, батькам може бути необхідною допомога у протидії негативним думкам та зміні свого способу сприйняття ситуації. Інколи це може потребувати глибших психотерапевтичних втручань, оскільки дисфункційне сприйняття дитини може мати корені в особистісній психопатології батьків.

Психоедукація повинна бути скерована не лише на розуміння ГРДУ, але й загалом на розуміння взаємодії біопсихосоціальних факторів у житті дитини: від особливостей мозку, психологічних завдань кожного вікового етапу розвитку до впливу телебачення та домінуючих суспільних цінностей на її розвиток. Таке глибоке розуміння батьками того, що діється в житті і в душі їхньої дитини може допомогти їм також краще усвідомити свою батьківську роль, свій позитивний вплив, але, можливо, і свої помилки. Кінцевою метою психоедукації повинно бути глибинне розуміння батьками того, що вони повинні робити, задля допомоги своїй дитині. Йдеться не лише про необхідні терапевтичні втручання, але й у широкому сенсі – про усвідомлене батьківство.

Допомогти батькам у зменшенні стресу та вирішенні супутніх важливих особистих та сімейних проблем

Щоби допомогти дитині, батьки потребують енергії, часу та ресурсів. Утім, батьки потребують енергії, часу та ресурсів не тільки для цього – вони у житті часто мають багато інших важливих ролей, проблем та завдань. У багатьох випадках вирішення негайних проблем повинно передувати впровадженню методів допомоги батькам дитини з ГРДУ. На цьому етапі можуть виявитися дуже важливими соціальні втручання, тому роль соціального працівника у команді, яка надає послуги дітям із ГРДУ та їхнім сім'ям, є дуже важливою.

Для прикладу, пані Оля, мама Ігора, якому 7 років, звернулася з приводу його поведінкових проблем – зокрема, непослуху та опозиційності. В результаті обстеження Ігора діагностовано ГРДУ та опозиційно-викличний розлад поведінки.

Водночас виявлено, що батько Ігора зловживає алкоголем і регулярно жорстоко б'є дітей та дружину. Вона хоче розлучитися, але боїться, що це спровокує чоловіка на жорстокість та помсту. В процесі обстеження у пані Олі діагностована депресія помірного ступеню важкості. У неї також серйозні проблеми на роботі з огляду на зниження продуктивності її праці – отож вона перебуває під загрозою скорочення. Також виявлено, що пані Оля переживає високий рівень стресу і відчуває себе безпорадною перед наявними в її житті проблемами. Її фінансове становище є доволі скрутне і в неї нема зовнішніх джерел соціальної підтримки, окрім парафіяльного священика та подруги на роботі. Її родина живе в іншому місті.

У цьому випадку первинними втручаннями були соціальні, скеровані на вирішення жінкою найбільш невідкладних проблем: розлучення та захист від насильства, залучення додаткових джерел соціальної підтримки (організація захисту жінок від насильства, волонтери з християнського середовища по догляду за дітьми) та планування дій щодо стабілізації ситуації на роботі та покращенню фінансового становища. Водночас було надано допомогу (психотерапія та психофармакотерапія) у лікуванні депресії. І лише після досягнення певної соціальної стабільності та покращення психічного стану жінки було скеровано увагу на навчання її необхідних методів поведінкового керівництва для зменшення поведінкових проблем у сина.

З огляду на те, що у частини батьків дітей із ГРДУ є ознаки психічного розладу, для них може бути необхідною і психоедукація, і специфічна допомога щодо того, як жити з ГРДУ у дорослому віці. Існує багато сучасних напрацювань саме у цій сфері (Hallowell, 1995; Nadeau, 2002; Weiss, 1999) і багатьом батькам може виявитися корисним індивідуальне консультування, а часом і психотерапія, і психофармакотерапія.

В інших ситуаціях може бути відсутньою значна кількість соціальних чи то психіатричних проблем, але спостерігається високий рівень стресу або ж, як часто батьки висловлюються, «нервово виснаження». Проблеми стресу важливо приділяти серйоз-

ну увагу не тільки з огляду на його очевидну шкідливість психічному та фізичному здоров'ю батьків, але й з огляду на те, що в стресовому стані батьки часто неспроможні послідовно впроваджувати поведінкові втручання, а часто й узагалі приділити належну увагу вирішенню проблем дитини. Існує зв'язок між високим рівнем стресу та порушеними формами батьківства – зокрема, занедбання дитини, непослідовна дисципліна, емоційна відчуженість. Батьки, що звертаються по допомогу в такому стані, переважно розраховують на швидкі методи впливу на поведінку дитини, як-от медикаменти, і не завжди готові й відкриті до усвідомлення своєї першочергової ролі та відповідних дій, що допомогли б дитині. Часто самі батьки зазначають, наскільки вони втомлені та виснажені від поведінкових проблем дитини і просять «виписати їм заспокійливе» або ж «це, мабуть, мені в першу чергу потрібна психологічна допомога». Фахівцям надзвичайно важливо бути чутливими до цієї проблеми і повною мірою усвідомлювати, що виховання дитини з ГРДУ може бути надзвичайно стресогенним для батьків. У нашій клініці ми завжди наголошуємо, що для того, аби допомогти дитині, батьки повинні насамперед навчитися турбуватися про себе, відновлювати власну енергію, мати необхідні ресурси підтримки та володіти ефективними стратегіями вирішення проблем та «володіння» стресом. Фахівці, що працюють із батьками, повинні володіти сучасними знаннями щодо методів подолання стресу (див. Greenberg, 1999) та практичних аспектів консультивання у цій сфері, щоби мати змогу якісно допомогти батькам справитися з цим завданням. Ми часом напівжартома навіть погрожуємо батькам призупинити подальший процес консультивання, поки вони не потурбуються про себе і не підготують нам «список» заходів із подолання стресу. Звісно, ця сфера не є такою простою: деякі джерела стресу ліквідувати неможливо, а з іншого боку – розділити умовно заходи з подолання стресу і допомоги дитині можна лише дуже умовно – саме навчання принципів поведінкового керівництва озброює батьків більш ефективними навиками керування поведінкою дитини, тож, відповідно, і зменшує рівень стресу.

Деякі ідеї щодо допомоги батькам у подоланні стресу:

1. Якими є основні джерела стресу?
2. Які проблеми можна вирішити, а які треба прийняти? Які проблеми найбільш пріоритетні? Якими можуть бути ефективні стратегії у їх подоланні?
3. Чи можуть конкретні втручання допомогти батькам у вирішенні окремих проблем?
4. Якими є основні джерела соціальної підтримки батьків і як їх можна залучити ефективніше?
5. Як спосіб сприйняття проблем додає стресу? Які перцептивні втручання можливі?
6. Як можна збільшити ресурсне значення подружньої підтримки?
7. Якими є способи відновлення енергії, відпочинку? Чи потребують батьки навчання методів релаксації, медитації, чи їм варто рекомендувати заняття спортом, танцями і т.п.?
8. Чи турбуються батьки про своє здоров'я, фізичний стан?
9. Якою мірою батьки уміють турбуватися про себе? Чи проблема стресу може бути пов'язана з їхнім негативним самосприйняттям та іншими можливими психологічними проблемами? Чи потребують батьки допомоги в отриманні інформації про свій стан із книжок із самопомоги чи психотерапії?
10. Які заняття можуть бути ресурсними, відновлюючими для батьків? Яке місце в житті сім'ї має творчість? Гумор?
11. Які сфери життя батьків занедбані і потребують більшої уваги? Чи мають батьки (це найчастіше стосується матерів) можливість займатися чимось іншим поза батьківством, чи є в них час на інші важливі заняття, хобі і т.п.?
12. Чи можна зменшити стрес шляхом більш ефективного/пріоритетного використання часу?
13. Якими є цінності батьків, життєва філософія, яка може підтримати їх у подоланні труднощів та наданні їм ширшої перспективи? Що складає внутрішні ресурси батьків? Чи можна порекомендувати батькам певну літературу, що може допомогти їм переосмислити свою ситуацію в контексті позитивної філософії життя і т.п.?
14. Чи є сім'я релігійною і використовує духовні джерела підтримки?

Допомогти батькам у покращенні стосунків із дитиною

Поширеною проблемою багатьох сімей є негативна атмосфера стосунків між батьками й дитиною. Постійні конфлікти між батьками й дитиною довкола її поведінкових проблем можуть спричинити процес корозії позитивних стосунків, що існували раніше, віддалити емоційно батьків та дітей. Досвід постійних негативних взаємодій може призводити до уникання контактів, спільного проведення часу, а відповідно вести до ізоляції дитини, наростання її емоційних та поведінкових проблем. Не менше від того можуть страждати й самі батьки, які часом зізнаються, що взагалі не знають своєї дитини, втратили емоційний зв'язок із нею, віддалилися, стали чужі один одному. З боку дитини також можливі зізнання, що вона не чує від батьків нічого, окрім критики та повчань і відчуває, що викликає у своїх батьків лише злість та роздратування, тому намагається сховатися, «подітися» кудись від них подалі...

Такий цикл негативних взаємодій є доволі типовим для сімей, у яких є дитина з ГРДУ і часто одним із перших кроків у допомозі родині є відбудова позитивних стосунків. Звичайно робота над цим завданням починається з того, щоб допомогти батькам усвідомити важливість позитивної взаємодії як «цементу» міцних стосунків. Для прикладу можна проаналізувати інші важливі зв'язки у житті батьків і спробувати виявити ті фактори з боку інших осіб, які сприяють побудові близьких відносин. Звичайно батьки вказують на уважність, позитивне сприйняття, емоційну відкритість, доброзичливість та ін. На основі аналізу цих характеристик можна проговорити параметри основних стилів батьківства (демократичний, авторитарний, вседозволеності та ін.) і виділити риси позитивного батьківства, зіставити їх із власним стилем взаємодії з дитиною. Це також вдалий момент до розмови про батьківство взагалі, роль батьків, їх основні завдання у вихованні дитини.

З усвідомлення необхідності відбудови позитивних стосунків із дитиною впливає також потреба конкретних дій

щодо відбудови відносин та встановлення більш позитивної атмосфери у спілкуванні. З цією метою можна застосувати цілий перелік можливих технік у формі домашніх завдань.

Спеціальний час. Батькам пропонується щоденно 20 хвилин проводити з дитиною у спільному занятті, яке вибирає дитина (наприклад, гра, малювання, спорт і т.п.). Дуже важливо наголосити, власне, що вибір є за дитиною і що це має бути заняття, яке передбачає спільну діяльність, спілкування (тому спільний перегляд телефільмів не підходить) і має бути приємним для дитини. Дитині важливо пояснити, що цей час призначений на те, щоб робити разом щось цікаве, отримати задоволення від спільного заняття. Дитині також потрібно сказати, що ці 20 хвилин керує ситуацією вона (звісно, не можна нікого кривдити, ламати речі, витрачати гроші), а не батьки. У цій вказівці є метафоричне послання про повагу батьків до свободи дитини, але також і про те, що свобода має межі – як у демократичному суспільстві, де є певні встановлені парламентом закони, так і в сім'ї батьки встановлюють закони, справедливі і для добра усіх. Батькам (звичайно рекомендується робити окремо матері, окремо батькові) дається завдання під час спеціального часу іти за ініціативою дитини, повністю бути з нею і спробувати спілкуватися виключно у позитивний спосіб. А тому можна хвалити дитину, говорити про її успіхи, але не можна критикувати, задавати питання, повчати і т.п. У цьому застереженні знову ж таки присутнє метафоричне послання про важливість переміни стилю спілкування з дитиною, зменшення критики та повчань, а збільшення позитивного спілкування, похвали, виявів зацікавлення. Відповідно можна сприймати ці 20 хвилин як вправу для батьків на тренінг нових способів спілкування, які необхідно генералізувати і за межами спеціального часу.

«Побачення з дитиною». Ця техніка більше підходить старшим дітям та підліткам, якими спеціальний час може сприйматися як щось «дитяче». Втім, принцип залишається тим же.

Батькам пропонується пояснити дитині, що ми хочемо мати ліпші взаємини, більше знати один одного, а тому для цього важливо проводити разом час за якимось заняттям, яке об'єднує і під час якого ми прагнемо також більш позитивно спілкуватися. Відповідно, разом щотижня складається список можливих спільних занять (наприклад, куховарство, прогулянка, велосипедна мандрівка, заняття спортом і т.п.), вибирається 2-4 спільних заняття на тиждень і відразу ж вони вписуються у тижневий графік. Їхня тривалість може бути 30 хвилин – 1 година. Важливо знову ж таки дотримуватися тих самих принципів та правил, що й при спеціальному часі. Метафоричне послання цієї техніки відсилає до важливості все більшого залучення батьків у життя дитини та важливості позитивного спілкування.

Спеціальний час для спілкування. Ця техніка сприяє більш щирому та позитивному спілкуванню між дітьми, підлітками та батьками. Суть її у тому, щоб мати щодня «традиційний час» для спілкування, наприклад, щовечора пити разом чай і ділитися враженнями за день. Принцип той самий: не перебивати, не допитувати, не критикувати, не повчати – просто вчитися ділитися один із одним своїми переживаннями, історіями, уважно слухати один одного. Інколи для покращення спілкування можна пропонувати допоміжні засоби, наприклад, символічний мікрофон, який нагадує, що має право говорити лише той, хто має мікрофон, а інші активно слухають, не перебиваючи. Це може бути корисним із огляду на проблеми з імпульсивним перебиванням інших у дітей із ГРДУ. Деколи, щоби зробити спілкування цікавішим, можна перетворити цей час у свого роду «психологічну гру» – наприклад, написати запитання, що допомагають розкрити власну особистість (наприклад, із якою твариною ти себе ідентифікуєш і чому), покласти їх у коробку, а тоді по чергово виймати. Або ж брати інтерв'ю з відеокамерою. Або ж вибрати спеціальну тему, наприклад, спогади з минулого і т.п. З огляду на часті комунікативні проблеми в сім'ях дітей із ГРДУ та наявність встанов-

лених дисфункційних взірців запровадження таких типів спілкування може виявитись дуже важливим.

Типові дисфункційні взірці спілкування в сім'ї:

- відсутність зорового контакту, невідповідна мова тіла
- негативна паравербальна складова спілкування (тон голосу, інтонації)
- схильність не вислуховувати інших до кінця, перебивати
- неухважність
- відсутність зворотнього зв'язку щодо того, як добре людину зрозуміли, чи правильно зрозуміли
- осудливі, звинувачувальні, негативні оцінки та коментарі
- невміння співпрацювати над пошуком оптимальних шляхів вирішення проблем, суперечливих питань, прийняття важливих рішень і т.д.
- непродуктивні способи вирішення конфліктів (агресія, тенденційні, односторонні звинувачення, ігнорування конфліктів, накопичення образ, відсутність прощення і т.д.)
- беземоційне спілкування, приховування почуттів і т.д.

Важливо усвідомлювати, що спілкування батьків із дитиною не можна розглядати поза характеристиками спілкування в сім'ї загалом – звичайно порушення в одній сфері можуть бути проявами значніших проблем із комунікацією загалом. Отож часто сім'я потребує допомоги у покращенні атмосфери спілкування в цілому і вищенаведені вправи можуть бути модифіковані для оптимізації спілкування між чоловіком та дружиною, батьками та іншими дітьми і т.д. Або ж, якщо у сім'ї існують серйозні труднощі загалом у спілкуванні родичів між собою, можливі інтенсивніші фокусні втручання, спрямовані на покращення комунікації в родині, моделі вирішення проблем, конфліктних ситуацій і т.п. Це може бути сімейна психотерапія для усієї родини або ж спеціальні групові тренінги спілкування. У нас у центрі ми також широко використовуємо метод інтерактивного відеотренінгу: ситуація звичного домашнього спілкування між родичами записується на відеонамеру, а тоді спільно переглядається і аналізується членами

сім'ї разом із психологом-відеотренером. Наявність значних комунікативних дисфункцій у сім'ї може бути причиною не-ефективності подальших заходів, а тому потребує специфічної допомоги у подоланні. Добрі взірці спілкування в сім'ї дуже важливі для самої дитини з ГРДУ, адже багато цих дітей мають труднощі саме у комунікативній сфері і потребують допомоги – насамперед від батьків – у моделюванні ефективного спілкування.

Допомогти батькам сприяти формуванню в дитини позитивної самооцінки

Розвиток позитивної самооцінки у дітей напряму пов'язаний із прогнозом щодо їхньої можливості повноцінної самореалізації себе у майбутньому. Діти з ГРДУ з огляду на велику кількість негативних взаємодій із оточенням, досвіду відкинення та осудження мають підвищений ризик формування негативної самооцінки. Роль батьків у формуванні самооцінки в дитини є визначальною і на цьому завданні важливо зробити особливо виразний наголос.

Передусім для реалізації даного завдання необхідно провести певну психоедукацію на предмет, що таке самооцінка, як вона формується, її значення та континуум занижена-позитивна-завищена самооцінка. Важливо зробити особливий наголос на тому, що здорова самооцінка – це не є сприйняття себе кращим за всіх чи гіршим від усіх, а сприйняття себе у позитивний спосіб таким, яким ти є, з усіма твоїми здібностями та обмеженнями, критичне сприйняття та усвідомлення своїх недоліків (але без самознецінення чи самовідкинення) і готовність працювати, щоби їх змінити, якщо це можливо. Важливо наголосити також, що завищена самооцінка, як і заперечення власних недоліків, несприйняття позитивної критики, перенесення власної провини на інших часто є насправді проявами негативної самооцінки і механізмом захисту від її усвідомлення. Такого роду захисти є доволі типовими для дітей із

ГРДУ. Багато батьків у такій ситуації можуть не усвідомлювати значення позитивної уваги і похвали, оскільки бояться «зіпсути» дитину, яка, на їхню думку «і так не бачить у собі жодних проблем і не сприймає жодної критики».

Одним із основних аспектів аналізу ситуації з батьками є те, яким чином їхня взаємодія визначає формування позитивної самооцінки у дитини. Можна запропонувати батькам у якості домашнього завдання зробити тижневу таблицю взаємодій, які підтримують формування у дитини позитивної самооцінки і таких, які, навпаки, ведуть до самознецінення. Нижче наводиться можливий перелік ідей із числа тих, які часто пропонують батьки. Вони можуть бути основою для подальшої праці і вибору цілеспрямованих стратегій щодо допомоги дитині у формуванні у неї позитивної самооцінки.

Взаємодії, що ведуть до порушення формування у дитини здорової самооцінки:

- постійна, надмірна критика дитини
- ідеалізація дитини («ти — найкраща»)
- осудження дитини, начеплення на неї негативних ярликів, негативне сприйняття дитини
- відкинення дитини
- залякування втратою любові («будеш нечемним — віддам тебе в інтернат, нам такий син не потрібний»)
- негативні стосунки з дитиною, порушене спілкування
- надмірні звинувачення дитини
- порівняння дитини з іншими дітьми у негативний спосіб
- розчарування у дитині
- відсутність допомоги у подоланні дитиною її труднощів

Взаємодії, що ведуть до формування у дитини здорової самооцінки:

- безумовне прийняття дитини
- позитивні стосунки з дитиною, що базуються на любові до дитини, повазі та вірі в неї, позитивне спілкування з дитиною
- похвала дитини, заохочення, але водночас і чутлива, без осудження критика

- допомога дитині у сприйнятті цінності та важливості кожної особи, неосудливого сприйнятті недоліків інших
- допомагати дитині зрозуміти, що, хоч усі люди мають різні здібності та обмеження, це не є причиною до сприйняття когось кращим чи гіршим, а радше можливістю до взаємодоповнення та взаємодопомоги
- розвиток здібностей дитини, допомога їй у самореалізації
- навчання дитини важливих життєвих навичок (як пряме, так і через моделювання), допомога у подоланні труднощів
- допомога дитині у сприйнятті як успіхів, так і невдач, відкинення і т.п. у здоровий спосіб.

З огляду на те, що у багатьох сім'ях має місце ситуація гіперфокусу на проблемній поведінці дитини, а відповідно надмірна критика, можуть мати сенс практиковані як домашнє завдання наступні техніки.

Позитивна увага. Батькам пропонується протягом тижня удень носити на руці/шиї і т.п. якийсь предмет, який нагадує їм про важливість позитивної уваги до дитини. І, відповідно, завданням є помічати позитивні моменти поведінки дитини, її успіхи і підбадьорювати дитину похвалою, підтримувати своєчасним визнанням її здобутків. Ціль: допомогти батькам виробити навик помічати позитивні риси дитини, її добру поведінку і відповідно застосовувати похвалу.

«5 до 1». Ця техніка схожа на попередню, втім, її особливість у тому, що батькам пропонується відстежувати співвідношення висловів похвали та заохочення до критичних зауважень. Для цього батьки на бланку відзначають кожну свою реакцію у відповідній колонці (поза домом еквівалентом можуть бути сірнички, гудзики і т.п.). В кінці дня рекомендується підрахувати пропорцію позитивних коментарів і негативних. Рекомендована ціль: досягти співвідношення 5:1, яке за даними Barkley (1997) є передумовою сприйняття дитиною характеру взаємодії з батьками як позитивного.

Позитивна характеристика дитини. Батьки повинні подумати над тим, якими позитивними рисами володіє їхня дитина.

на і на наступний раз представити свою дитину з позитивного боку на батьківській групі чи під час консультації.

Продовженням цієї техніки є розмова про здібності дитини, її таланти та нахили, які потрібно систематично розвивати – адже вони є однією з важливих складових формування у дитини позитивної самооцінки.

Допомогти батькам розуміти етіопатогенетичну концепцію поведінкового керівництва для дітей із ГРДУ

Попередні етапи були підготовчими до того, щоби впровадити специфічні методи поведінкового керівництва, які допоможуть значно зменшити проблемну поведінку дітей із ГРДУ. Це аж ніяк не знецінює вагомість вищезгаданих завдань та цілей, але багато сімей, які звертаються за допомогою, успішно справляються з попередніми завданнями самостійно і не потребують у цій сфері допомоги. Для більшості сімей основним запитом є допомогти зменшити проблемну поведінку дитини, досягти більшої «керованості», кращої співпраці і власне специфічною відповіддю на цей запит батьків є навчання їх методів поведінкового керівництва. Втім, хочеться ще раз наголосити, що існує певний ризик надто швидкого та передчасного запровадження цих методів – це наче непідготовлена військова операція, яка може просто закінчитися поразкою, а відповідно і розчаруванням батьків пропонуваними методами допомоги. Тому витримати стандарт ґрунтового діагностичного періоду та підготовчого терапевтичного етапу дуже важливо.

Ознаки готовності до впровадження принципів поведінкового керівництва:

1. Проведено ретельну діагностику і на її основі розроблено комплексний план допомоги родині.
2. Досягнуто порозуміння з батьками у спільному баченні проблем, їхнього походження та шляхів розв'язку.
3. Сформовано терапевтичний альянс із батьками.

4. Проведена психоедукація. Батьки реально усвідомлюють, що можна, а що не можна змінити, усвідомлюють свою роль як батьків, мають чіткі та реальні цілі у допомозі дитині.
5. Якщо було потрібно, то сім'я отримала/отримує допомогу в сфері вирішення негайних соціальних проблем, психічного здоров'я батьків, кризи, спричиненої вираженою сімейною дисфункцією.
6. Батьки мають позитивне сприйняття дитини, добрі стосунки та спілкування з нею.
7. Батьки розуміють етіопатогенетичну концепцію поведінкового керівництва.
8. Батьки мотивовані, мобілізовані і об'єднані для впровадження принципів поведінкового керівництва.

Запровадження поведінкового керівництва вимагає доброго розуміння батьками принципів тих методів, які можуть допомогти дитині. Принципи поведінкового керівництва для дітей із ГРДУ впливають із патогенетичної концепції розладу. Їх основні засади наступні:

1. *Дитина з ГРДУ має розлад самоконтролю поведінки – тому вона потребує значно більшою мірою, аніж ровесники, зовнішнього контролю та керівництва її поведінкою.* І хоча з віковим дозріванням самоконтроль покращується, батьки завжди повинні усвідомлювати, що вони потребують здійснювати моніторинг та керівництво поведінкою своєї дитини так, немов би вона була молодшою за віком. Для прикладу, якщо дитині два роки, то для батьків доволі очевидно, що вона ще замаленька для того, щоби її саму пускати на вулицю гуляти. Деяких дітей із ГРДУ навіть у шкільному віці є доволі небезпечно пускати самостійно гуляти... З огляду на те, що діти з ГРДУ нездатні оцінити віддалені наслідки своїх дій у ситуації, коли їх охоплює «імпульс», що їхня поведінка часто є дуже ризикованою, а тому небезпечною для них та для інших – батьки повинні чітко розуміти необхідність пильного моніторингу.

2. *Поведінка дітей із ГРДУ визначається факторами зовнішнього середовища значно сильніше, аніж внутрішніми*

правилами, директивами і т.д. – а тому перший спосіб впливу на поведінку дитини з ГРДУ – це відповідна організація зовнішнього середовища. Для прикладу, коли ми кажемо трирічній дитині, що не можна брати шоколад зі столу, бо в неї на нього алергія, то ми не залишаємо її наодинці зі спокусою. Мабуть, ми сховали шоколад у недосяжне місце. Так само й зі старшими дітьми з ГРДУ – може бути дуже важливо не залишати їх наодинці зі спокусами з огляду на те, що в них слабкий самоконтроль і хоча вони можуть дуже добре знати правила, що можна, а що не слід робити, вони можуть виявитися неспроможними без «зовнішніх гальм» стримати себе («аніж kota гнати, краще рибку сховати!»). Тому багато батьків без допомоги фахівців зрозуміли, що всі спокуси повинні бути «під контролем» – якщо дитина має робити уроки, коли сама вдома, то телевізор має бути без запобіжників, комп'ютер під паролем, іграшки у шафі під замком. А от коли уроки якісно і вчасно зроблені – тоді з'являються і іграшки, і комп'ютер (звісно, у певних часових обмеженнях) як заохочення. Адаптація зовнішнього середовища під особливі потреби дитини з ГРДУ є ключовим заходом і про компоненти цієї адаптації буде детальніше говоритися далі. Поведінка дитини з ГРДУ справді визначається факторами середовища і воно повинно бути настільки структурованим, щоб утворити надійні рамки, русло, яби скерувати «авто» дитини у доброго напрямку. Для батьків усвідомлення цього є надзвичайно важливим, бо саме вони є головними архітекторами середовища дитини і вони повинні ясно бачити модель, згідно з якою їм важливо організовувати середовище для дитини.

Основні характеристики адаптованого до особливих потреб дитини з ГРДУ середовища:

- середовище повинно бути позитивним – тобто позбавленим негативного впливу на дитину, провокування її до негативних дій;
- середовище повинно бути максимально вільним від «спокус»;

- середовище повинно бути чітко структурованим з метою скерування поведінки дитини у належне русло та допомоги їй в організації діяльності;
- середовище повинно встановлювати для дитини чіткі і міцні рамки, які не дозволяють поведінці дитини вийти з межі бажаної;
- середовище повинно бути зрозумілим і передбачуваним для дитини, воно повинно функціонувати згідно з чіткими правилами;
- у середовищі повинні бути присутні чіткі вказівні знаки та нагадування дитині щодо необхідної поведінки;
- у середовищі повинна бути присутня допоміжна система моніторингу часу, яка допомагає дитині організувати свої дії у певних часових рамках;
- у такому середовищі те, що важливе, повинно бути максимально цікавим – і у такий спосіб сприяти зменшенню проблем із неухважністю;
- у такому середовищі бажана поведінка повинна підтримуватися негайними, частими та значущими для дитини заохоченнями, а проблемна поведінка має призводити до негайних значущих негативних наслідків;
- у цьому середовищі дитина не повинна користуватися повною свободою, необхідною є присутність батьків та інших дорослих, які здійснюють моніторинг поведінки дитини та скеровують її у необхідному напрямку;
- з іншого боку, у середовищі повинен бути структурований час і простір, де дитина може насолоджуватися свободою, «випускати пару», виявляти свою потребу у моторній активності і т.п.;
- середовище повинно бути організоване за принципом передбачення і випередження проблем.

Розуміння сили впливу середовища на поведінку дитини в ГРДУ веде ще й до іншого важливого виховного наслідку. Батькам слід усвідомлювати, наскільки важливо, щоб їх дитина мала багато середовищ спілкування та діяльності, і щоб кожне середовище було позитивним: це може бути і пласт, і різні гуртки, спортивні секції, релігійні організації і т.п. Це дає дитині як позитивні моделі до наслідування, так і важливий соціаль-

ний досвід, друзів, сприяє розкриттю її здібностей, розвитку позитивної самооцінки, зміцнює соціальні ресурси. Втім необхідно, щоб батьки допомогли дорослим, що відповідають за ці середовища (тренерам, наставникам і т.д.), розуміти особливості їх дитини та способи керування її поведінкою.

3. *Дитина з ГРДУ має труднощі з тим, щоби самотійно, «ізсередини» давати собі вказівки, нагадувати правила, передбачати віддалені наслідки своїх дій, а тому вона потребує системи частих, чітких і «видимих» зовнішніх скерувань/нагадувань.* А реально для батьків це означає, що найперше вони повинні навчитися давати ефективні вказівки і встановити для дитини чіткі і зрозумілі правила.

Основні принципи ефективних вказівок:

1. Ефективні вказівки короткі, зрозумілі й однозначні — дитина здатна їх запам'ятати, зрозуміти і виконати (діти з ГРДУ часто просто нездатні запам'ятати і виконати вказівку, що складається з кількох послідовностей дій).
2. Ефективні вказівки звучать як вказівка, а не прохання для розгляду, питання і т.п. (для прикладу, вказівку типу: «чи не міг би ти ...?» — дитина може сприймати, як таку, що її виконання залишене на її розсуд).
3. Ефективна вказівка дається дитині у такий спосіб, що дитина дійсно її чує (тобто, не з кухні «принеси мені...», а підійти, стати перед телевізором, пересвідчитися, що дитина звернула увагу і слухає — і щойно тоді вказівка).
4. Ефективна вказівка говорить у позитивний спосіб, вона скеровує дитину до бажаної поведінки, а не просто вказує на поведінку, яку необхідно припинити (тобто замість «не говори з їжею в роті» — «спершу пережуй, а тоді говори»).
5. Ефективна вказівка говорить один раз (максимум два, якщо іде попередження), а якщо дитина не береться її виконувати — слідує чіткі дії батьків (прикладі ефективних дій наведено нижче). Багато дітей з огляду на те, що їхні батьки по тридцять разів повторюють свої вказівки (які часто звучать швидше як прохання), просто роблять висновок, що можна зволікати з виконанням вказівок — це принаймні ще якийсь час дасть можливість робити те, що їм хочеться. А вже коли батьки «зриваються» — тоді

треба діяти, щоби зупинити крик — це сприяє закріпленню моделі поведінки за механізмом негативного підкріплення — відповідно встановлюється модель реагування виключно тоді, коли мама «кричить» і «зірвалася».

- Ефективним вказівкам часто повинен передувати «попереджувальний сигнал» — наприклад, тобі залишилося бавитися 5 хвилин — для дітей з ГРДУ це особливо важливо з огляду на їхні труднощі з переходами від одної діяльності до іншої.
- Ефективні вказівки, які негайно виконуються, супроводжуються заохоченням, а ті, що невиконані — покаранням (про це детальніше нижче).
- І, звісно, ж ефективні вказівки є справедливими, доречними і не є ані приниженням дитини, ані проявом тотального контролю.

Те саме стосується і правил. Ми часто наводимо батькам порівняння дитини із ГРДУ з водієм, який вчиться їздити. У жодній автошколі водія не випустять на дорогу, якщо він перед тим не вивчив правил. Особливістю дитини з ГРДУ є те, що вона може знати правила, але не встигає згадати їх «під час їзди» — тому їй потрібні часті «дорожні знаки» і «асистент-інструктор», який угадує нагадує правила проїзду перехрестя перед кожним перехрестям. І знову ж таки, правила повинні бути ефективними.

Основні характеристики ефективних правил для дітей із ГРДУ:

- Ефективні правила демократичні і служать загальному добру.
- Ефективні правила чіткі, зрозумілі й однозначні.
- Ефективні правила передбачають визначення ситуацій, у яких вони діють.
- Ефективні правила визначають як наслідки їх дотримання, так і наслідки їх порушень.
- Ефективні правила передбачають існування системи, яка забезпечує їхню реалізацію — і відповідно однозначне, послідовне, ефективне, передбачуване заохочення і покарання у разі дотримання/ порушення.
- Ефективні правила передбачають систему нагадування.

Дуже важливо, щоби батьки допомагали дитині розуміти важливість правил. Щоби дитина була готова жити в демократичному суспільстві, а не зайняла антисоціальну позицію, їй важливо усвідомлювати, що будь-яка демократія передбачає існування законів, які встановлюються для добра всіх. Закони можна міняти, вдосконалювати на благо людей, але якщо закон затверджений, навіть якщо він комусь не подобається – його однозначно треба дотримуватися. Якщо у суспільстві хтось не дотримується законів – він несе покарання. Батькам важливо також наголосити дітям, що поки вони є дітьми, батьки є для них «парламентом» і встановлюють такі закони, які служать добру всіх і розвитку дитини зокрема. Батьки можуть також пояснити дітям відмінність між демократією, авторитаризмом і анархією. Але зрозуміло, усе це потрібно пояснювати не в момент, коли правила треба виконувати, а в «нейтральний» час.

Те, що стосувалося вказівок і правил, стосується також і неіснування батьків дитині у сфері передбачення наслідків своїх дій, нагадування плану дій, послідовних кроків і т.п. З огляду на те, що у дітей із ГРДУ існує дефіцит внутрішньої мови та внутрішнього самокерування – роль батьків полягає у тому, щоби бути системою зовнішніх указівок, нагадувань і т.п., з метою компенсувати таким чином відсутність внутрішніх інструкцій. Одне з головних завдань батьків – допомогти дітям навчитися «думати вголос, думати наперед» – щоби з часом цей зовнішній голос міг перетворитися у внутрішню мову.

4. З огляду на те, що поведінку дитини з ГРДУ контролюють негайні, а не віддалені наслідки, батьки повинні створити систему поведінкового керівництва, яка забезпечує заохочення бажаної поведінки дитини негайними, частими, ефективними заохоченнями, а проблемну поведінку – такими ж негативними наслідками.

Батькам важливо пояснити, що загалом поведінку дитини з ГРДУ, як і будь-якої дитини, визначають наслідки цієї поведін-

ки і відповідно діє принцип заохочення та покарання. Втім, більшість наших дій може мати наслідки подвійного характеру – близькі і віддалені. І часто може бути так, що близький наслідок є позитивним, а віддалений негативним (наприклад, для особи з алергією на шоколад їсти його є негайно винагороджуюче, бо це смачно, приємно, але більш віддалений наслідок негативний – висипка, свербіж, можлива госпіталізація і т.д.). Тому звичайно ми зважуємо вагу негайних і віддалених наслідків і у своїх діях керуємося сумарним значенням і перших, і других. Діти з ГРДУ мають проблему з усвідомленням віддалених наслідків у момент «імпульсу», а тому дуже важливо розуміти, що на їхню поведінку впливатимуть лише ті наслідки, які знаходяться в полі їхнього зору (згадаймо звужене внутрішнє віконечко часу) і є для них значущими. Тому *наслідки повинні бути негайні, часті та передбачувані, «видимі»*. Ми інколи вдаємося до порівняння, що дитина, мов той водій-учень, мчить шосею, не усвідомлюючи до кінця, чому треба їздити за правилами (адже перевищувати швидкість набагато веселіше), та якщо цей водій зрозуміє, що його їзда – це змагання, за ним пильно стежать судді і за умови відсутності порушення правил сьогодні на фініші його чекає суперприз (а вздовж усієї траси на рекламних щитах – фотографії суперприза, і вболівальники постійно заохочують скандуванням «молодець!») – тоді є шанси, що дитина буде старатися. Більше того, якщо вона бачить на кожному перехресті міліцію і знає, що за серйозне порушення правил вона моментально потрапить на штрафмайданчик – це додає їй мотивації їздити за правилами. Ми пояснюємо також батькам, що *сила заохочень і покарань повинна бути достатньо значною, аби вони були ефективними*. Одне скандування «молодець» без суперпризу і повчальна лекція міліціонера замість штрафмайданчика можуть сумарно не переважити насолоди швидкої їзди не за правилами... Так само, якщо фініш буде десь далеко в майбутньому... Хоча соціальні заохочення (похвала) і покарання (насварити) є

шкідливі, але щодо дітей з ГРДУ вони є недостатньо ефективними і потребують додаткового підкріплення іншими, більш дієвими методами («приз», куток, втрата привілею і т.д.).

Ми також пояснюємо батькам, що інколи принципи заохочення і покарання підтримують проблемну поведінку, а тому важливо добре проаналізувати характер взаємодії між батьками та дитиною, щоби виробити ефективну стратегію поведінкового керівництва. Прикладом заохочення проблемної поведінки може бути, коли внаслідок криків, надокучань дитини батьки «здаються» і дають їй те, чого вона хотіла – дитина отримує урок: «щоби батьки купили в супермаркеті те, що ти хочеш, треба закатати істерику». Ця ситуація вчить дитину також, що у батьків є «точка зламу» – треба достатньо сильно і довго на них «тиснути», щоби отримати те, чого хочеш. Інша типова взаємодія: батьки багатократно дають вказівку, дитина її не виконує, врешті потомлені батьки опускають руки – мовляв, нема на то ради, хай робить, що хоче. Так заохочується непослух. Такий же результат дає батьківська непослідовність – дитина робить висновок, що часом можна «проскочити» і уникнути покарання, або ж, якщо мама каже «ні» – треба йти до тата чи бабці і т.д. Багато порушень існують також у сфері застосування покарання. Так, дуже часто за проблемною поведінкою дитини не слідують жодні значущі негативні наслідки (нагадимо, образитися на дитину, насварити її, «вчитати», залякати наслідками у далекому майбутньому – не діє), а тому проблемну поведінку підтримує факт, що винагорода за неї сильніша за покарання. Іноді форма покарання може взагалі завдавати шкоди дитині – як-от жорстоке фізичне покарання «в стані ефекту» не тільки руйнує стосунки дитини з батьками, посилює опозиційність та ворожість, але й моделює для дитини агресію, втрату самоконтролю.

Отже, метою поведінкового керівництва є зробити бажану поведінку максимально винагороджуючою, підтримувати її системою частих, ефективних, негайних, передбачуваних і

«видимих» заохочень, а проблемну поведінку максимально позбавити заохочень і пов'язати з негайними, значущими для дитини негативними наслідками. І зрозуміло, що ці принципи повинні діяти *послідовно і неухильно*.

Щоб підкреслити важливість послідовної, передбачуваної дисципліни, знову ж таки може бути корисною метафора щодо правил дорожнього руху. Щоб водії їх дотримувалися, мало лише, щоб вони їх знали. Важливо, щоб вони їх пам'ятали – для цього додатково є дорожні знаки на дорогах. І дуже важливо, щоб існувала послідовна система контролю за їх дотриманням – державна автоінспекція. Але, більше того, важливе законодавство, яке встановлює адекватні наслідки порушення правил: адже виховна лекція міліціонера або штраф в одну гривню навряд чи мотивуватимуть водіїв до дотримання правил. І потрібно, щоб міліціонери були достатньо «твердими» та послідовними – якщо б водії усвідомили, що міліція «м'якосердна», що плачем і благаннями можна вимолити «прощення», то навряд чи це сприяло би покращенню ситуації на дорогах. Водночас міліція не повинна бути жорстокою – водія за порушення правил ніхто не б'є і не принижує, але він повинен заплатити належного розміру штраф. Відповідно, роль батьків щодо дітей із ГРДУ – допомогти їм навчитися жити за соціальними правилами, контролювати свою поведінку, щоб не робити «аварій».

У батьків інколи може виникати побоювання, що така система «зіпсує» дитину, змусить її думати в житті лише про матеріальні вигоди і т.п. Тому важливо пояснити батькам, що дана система не є способом перетворити дитину у «шантажиста» – поза тим будь-який шантаж та маніпуляція у цій системі повинні супроводжуватися негативними наслідками. Дана система включає в себе обов'язкову допомогу дитині у розумінні наслідків своєї поведінки, розумінні причини встановлення певних правил. Ми пояснюємо дитині і допомагаємо зрозуміти, чому не можна битися, чому важливо ділитися, прибирати за собою, не кричати, коли хтось з рідних спить і т.п. Ми сприя-

мо розвитку в дитині емпатії, безкорисливості, любові. Але водночас ми усвідомлюємо, що у багатьох ситуаціях дитина внаслідок своїх особливостей не бачить віддалених наслідків і керується лише негайною винагородою. Тому система поведінкового керівництва є немов компенсаторними милицями – вони допомагає дитині «ходити» (тобто поводитися у належний спосіб), поки її ноги не стануть міцнішими (не покращиться здатність до самомотивування і самоконтролю). Застосування «милиць» зовсім не означає, що не потрібно тренувати ноги і поступово переходити на самостійну ходу – власне, метою застосування «милиць» і є допомогти функціонувати тут і тепер, але і водночас «тренувати ноги». Власне система зовнішнього мотивування є необхідна, щоб, із одного боку, компенсувати дефіцит внутрішнього самоконтролю, а з іншого – щоб сприяти розвитку здатності до самомотивування, усвідомлення віддалених наслідків власних вчинків, підтримки позитивного соціально-емоційного розвитку, емпатії і т.д.

3. Діти з ГРДУ потребують не тільки заохочення бажаної поведінки, дуже часто вони потребують навчання бажаної поведінки та важливих життєвих навичок.

Методи заохочення/покарання діють тільки на ту поведінку, яку дитина здатна реалізувати. Але наївно очікувати, що учень самостійно навчиться літати на гелікоптері виключно завдяки тому, що йому пообіцяли за це «суперприз». Одного заохочення мало, потрібна допомога в навчанні. Звичайно діти вивчають більшість важливих життєвих навичок без прямого інструктажу та «методичного» навчання – «на ходу», шляхом наслідування наявних моделей поведінки, які демонструють дорослі, – а тоді застосовують їх у природному середовищі, де ці навички отримують також і природне заохочення (наприклад, слухаєш, не перебиваючи, відповідно, з тобою більше хочуть спілкуватися). З огляду на свою неуважність та імпульсивність, діти з ГРДУ можуть мати проблеми з «освоєнням» важливих навичок та моделей поведінки (зокрема, спілку-

вання, контролю емоцій, вирішення проблем, організації часу і т.д.). Розлад імпульс-контролю може суттєво утруднювати оволодіння певними навичками. Більше того, з огляду на можливі вторинні проблеми (наприклад, соціальну ізоляцію) діти з ГРДУ можуть бути позбавлені можливості у вправлянні та розвитку цих навичок та закріпленні їх природними заохоченнями (зокрема, це особливо стосується соціальних та комунікативних навичок). Тому діти потребують методичного навчання ряду важливих навичок, як шляхом моделювання, так і рольових ігор, вправлянні і т.д., але важливим є також систематичне заохочення дітей до застосування цих навичок, щоб вони закріпилися і були генералізовані, перенесені у звичайне середовище життя дитини. І в цьому роль батьків дуже важлива. Тому роль батьків у поведінковому керівництві для дітей із ГРДУ є подвійною: 1) навчати дітей бажаної поведінки, 2) заохочувати цю поведінку. Зокрема, дослідження ефективності тренінгу соціальних навичок для дітей із ГРДУ показали найвищі результати тоді, коли батьки були партнерами фахівців, що працювали безпосередньо з дітьми, і продовжували навчання та заохочення належних комунікативних навичок своїх дітей у контексті щоденного життя (Barkley, 1996, с. 565-569).

Застосування батьками поведінкового керівництва для дітей із ГРДУ вимагає і від них певних змін у своєму стилі взаємодії з дитиною. Батьки повинні бути *свідомими батьками* і розуміти, що від характеру їхньої взаємодії з дитиною залежить дуже багато і що вони є, власне, тією головною складовою впливу на розвиток дитини та визначення її майбутнього. Батьки повинні усвідомлено, послідовно, об'єднано застосовувати принципи поведінкового керівництва. Вони мусять перейти від емоційних реакцій та багатослівних «вичитувань» до спокійних, чітких та ефективних дій. Батьки повинні думати наперед і передбачати різні проблемні ситуації, вступати у них із визначеним планом дії. Але понад усе вони мають бути довготерпеливими, люблячими батьками, які вірять у свою

дитину, свідомі її невидимої неповносправності і навчилися берегти і відновлювати свої сили, щоб їх вистачило на багаторічний марафон батьківства та й зрештою цілого життя...

Допомогти батькам застосовувати принцип заохочення бажаної поведінки

Коли батьки добре усвідомлюють етіопатогенетичну модель поведінкового керівництва, його запровадження зазвичай не є великою складністю. Розуміння принципів є набагато важливішим, ніж знання конкретних технік, і ми завжди підкреслимо батькам, що з розумінням принципів вони можуть знаходити власні творчі рішення і «техніки» для розв'язання проблем своєї дитини в конкретній життєвій ситуації. «Якби на земній кулі не було б жодних психіатрів, психологів, психотерапевтів, – що б ви робили, як би ви намагалися керувати поведінкою дитини у позитивний спосіб?» – це добре запитання, яке допомагає батькам поступово усе більше покладатися на власну компетенцію і не узалежнюватися від фахівців та їхніх «рецептів» на всі випадки життя.

Першим етапом поведінкового керівництва є запровадження диференційованого заохочення бажаної поведінки. Дуже важливо починати власне з методу заохочення, оскільки воно сприяє позитивній самооцінці, добре сприймається дитиною, допомагає встановити сприятливішу атмосферу в родині. Ефективність вживаного застосування заохочення бажаної поведінки дає ефект зменшення поведінкових проблем до 50% (Barkley, 1997). Звичайно рекомендується застосовувати виключно заохочення бажаної поведінки до одного-двох тижнів, а тоді впровадити додатково метод покарання.

Суть методу заохочення дуже проста: батькам пропонується вибрати цільову бажану поведінку (наприклад, виконання завдань із першого разу, ввічливе спілкування, вчасно і якісно виконані уроки, дотримання порядку у своїй кімнаті і т.д.) і систематично заохочувати її *частими, негайними, ефектив-*

ними заохоченнями. Заохочення можуть бути соціальні («молодець!»), у формі привілею, діяльності («ти зробив вчасно і якісно уроки, і в школі вчителька казала, що ти гарно сьогодні поведився, отож ми разом можемо піти пограти у футбол одну годину») або ж матеріальні («ти виконав усі свої домашні обов'язки без нагадування – пропоную як премію морозиво!»). Заохочення можуть спонтанно пропонуватися батьками або ж бути передбачуваними наслідками поведінкового «контракту» (наприклад, не приніс зауваження зі школи – 30 хвилин комп'ютерних ігор, зробив вчасно і якісно уроки – 1 година прогулянки, день ввічливого спілкування без «скандалів» – спільна гра у настільний футбол і т.п.). Важливо, щоби заохочення були бажаними для дитини, значущими. А тому вони не мають бути доступними «просто так». Щоби заохочення були значущими, важливо залучати дитину до їх визначення, а також періодично міняти, урізноманітнювати їх. Звісно ж, дитина може висловлювати побажання, але саме батькам належить визначати, що може бути заохоченням, а що ні, а також «розмір» заохочення, зокрема фінансовий.

Дуже важливо у належний спосіб пояснити дитині, що система додаткових заохочень запроваджується для того, щоби допомогти їй подолати шкідливі звички у поведінці. Так, ми зазначаємо, що працівник, який особливо старанно працює над важким завданням, за виконання своєї роботи отримує додаткове заохочення – премію. І це визначає директор. Працівник не може сам іти до директора і вимагати премію. Так само наголошується, що бажана поведінка є доброю сама по собі і їй важливо робити задля основної цілі (знання, приємності, іншим, гарні стосунки в сім'ї тощо), тому дитина не має права вимагати заохочення чи торгуватися за нього – така поведінка насправді буде покарана, – і дуже важливо, щоби батьки були свідомі цього ризику спотворення системи заохочень і знали, як запобігти цьому. Бо йдеться не про «купування» бажаної поведінки, а лише про її тимчасове додаткове заохочення.

Підкреслюється, що за старання батьки можуть певний час додатково «преміювати» дитину, бо розуміють, що для зміни своєї поведінки їй потрібно докласти чимало зусиль і вони хочуть підтримати її в цьому.

Особливістю дітей із ГРДУ є те, що їм потрібні часті негайні заохочення, однак не всі заохочення можна зробити такими. Тому є сенс застосування системи балів (для старших дітей) або жетонів (для дошкільнят). За допомогою цієї системи дитина може часто і негайно отримувати заохочення у вигляді балів або жетонів, а тоді за першої можливості перетворювати їх у реальні винагороди.

Етапи впровадження цієї системи для батьків наступні.

1. Пояснити дитині ваш намір.
2. Скласти список бажаної поведінки і за кожен вид поведінки (важливо точно визначити якісні і часові характеристики, щоб уникнути можливих суперечок у майбутньому) призначити певну суму балів або жетонів. Підрахувати середню суму балів, яку, очікується, дитина заробить за типовий «гарний» день. На початках пропонується робити список бажаної поведінки доволі коротким – з двох-трьох пунктів, а тоді поступово додавати нові.
3. Разом із дитиною продумати меню нагород, яке повинно складатися із заохочень щоденних, тижневих і віддалених. Призначити кожній нагороді певну суму балів відповідно до її значення, але з таким розрахунком, що половину щоденної суми дитина могла б витратити на одну чи декілька зі щоденних нагород, а решту відкласти на віддалені.
4. Організувати «матеріальну» сторону справи – жетони, банку для їх накопичення, блокнот чи аркуш для запису балів, систему візуальних нагадувань правил і заохочень і т.п.
5. Ще раз узгодити спільне розуміння правил дії системи і починати...

**Приклад системи бального заохочення для хлопця
молодшого шкільного віку.**

Список бажаної поведінки:

1. Вранці вчасно (8:15) вийшов з дому до школи — 5 балів.
2. Не отримав у школі зауваження за поведінку — 5 балів.
3. Вчасно і якісно виконав домашнє завдання — 15 балів
4. Виконання вказівки батьків із першого разу — 2 бали.
5. Вішає свій одяг у належному місці, а не розкидає по кімнаті — 5 балів.
6. Не бився протягом дня з братом — 10 балів.
7. День ввічливого спілкування з батьками — 10 балів.
8. Увечері без нагадування зібрав портфель до школи — 2 бали.
9. Увечері самостійно, без нагадування і вчасно пішов спати (до 22:00 у дні, що передують школі, і 23:00 у п'ятницю і суботу) — 5 балів.
10. Бонус за особливо добру поведінку — 10 балів.

Меню заохочень:

1. Щоденні:
 - a. перегляд мультфільму (до 1 години) — 30 балів
 - b. покататися на велосипеді (до 1,5 годин) — 30 балів
 - c. гра на комп'ютері (до 1 години) — 30 балів
 - d. гра з батьками у настільний футбол — 30 балів
 - e. вибір десерту на вечерю (за згодою батьків) — 30 балів
 - f. запросити друга побавитися разом до себе додому/ або піти в гості до друга (до 1.5 години) — 30 балів
2. Щотижневі:
 - a. кишенькові гроші (максимум 5 гривень за тиждень, витрачати лише під контролем батьків) 25 балів — 1грн
 - b. взяти напрокат мультфільм — 50 балів
 - c. вибрати меню увечері в суботу — 50 балів
 - d. прогулянка на велосипеді в парк разом із батьками — 50 балів
 - e. похід на дитячий спортивний майданчик -50 балів
3. Віддалені:
 - a. похід на вибір (піццерія, кафе, Макдональдз, цирк) — 150 балів
 - b. покупка цінної іграшки, велосипеда, комп'ютера (по домовленості) — 150 балів
 - c. поїздка на іподром із катанням на конях — 150 балів

Вищенаведений приклад є лише одним з можливих варіантів, насправді ж їх є дуже багато. Це можуть бути і більш прості домовленості – для прикладу, назбирав десять балів/сонечок – право вибрати приз із меню нагород. Або для дошкільнят, які не вміють рахувати – замальовувати за належну поведінку сходиночки на малюнку, і коли буде пройдено усі сходки (їх може бути 5-10), дитину чекає заохочення, яке намальоване вкінці дороги. Іншим варіантом для дошкільнят може бути діаграма-малюнок, де символ бажаної поведінки пов'язаний стрілкою з очікуваним призом. Технік застосування бальної системи розроблено дуже багато, але усі вони об'єднані принципом моніторингу бажаної поведінки та нарахуванням балів, які потім перетворюються у певні винагороди. Для підлітків можливий перехід від бальної системи до поведінкових контрактів, де прописуються умови, на яких підліток має певні привілеї за дотримання відповідних норм поведінки, виконання обов'язків і т.п. (взірці поведінкових контрактів – див. Додаток #7).

Застосовуючи цю систему, дуже важливо бути послідовними, практикувати її спільно обом батькам, не допускати винятків на зразок: можна, я подивлюся мультфільм, а потім робитиму уроки і т.п. Важливо також регулярно міняти меню заохочень, а також список бажаної поведінки і «розмір» премій. Батькам рекомендується бути особливо щедрими в перші дні і тижні, щоби дитина побачила, що система справді впроваджена з метою допомогти їй і що в цілому їй треба лише трохи докласти зусиль, аби мати свої звичні щоденні привілеї. У відповідь на можливий опір системі варто зауважити, що, аби мати привілеї, важливо виконувати свої обов'язки, що в цьому світі ніхто просто так заробітної плати не отримує... Батькам важливо також усвідомлювати, що цей метод не є шантажем дитини чи привчанням її до «хабарів», але – системою компенсації дефіциту самоконтролю дитини з метою допомогти їй у розвитку, самореалізації і т.д. Для дітей із ГРДУ ця система справді є компенсаторною щодо їх невидимої неповносправ-

ності, вона наче інвалідний візок для паралізованої дитини. Але, звісно, на відміну від фізично неповносправних дітей, які переважно змушені назавжди потоваришувати з візком, з цієї системи діти з ГРДУ звичайно виростають. Через декілька місяців після значного покращення поведінки можна перейти до системи контрактів та заохочень «на око», у випадку ж повернення проблем можна завжди знову повернутися до системи. Запровадження такої системи дає часто суттєве зменшення поведінкових проблем у дитини і багато батьків відчувають дошльнність у тривалому, упродовж місяців, а то й років, її застосуванні.

Допомогти батькам застосовувати принцип негативних наслідків (покарання) для проблемної поведінки

Етап запровадження негативних наслідків, що слідують за проблемною поведінкою дитини, є завершальним етапом поведінкового керівництва, який допомагає застосувати в сім'ї послідовну систему дисципліни і значно зменшити проблемну поведінку дитини. Попри те, що у багатьох випадках запровадження принципу заохочення дозволяє майже повністю досягти бажаних змін у поведінці, існують також ситуації, в яких лише послідовне запровадження *частих, негайних та ефективних* негативних наслідків дозволяє отримати бажаний результат. На цьому етапі завершується перехід батьків від хаотичного, реактивного, непослідовного застосування дисципліни до спокійного, превентивного, послідовного підходу до допомоги дитині у подоланні її проблем. Знову ж таки важливо підкреслити, що суть методу негативних наслідків полягає не так у покаранні дитини (бо вона зробила щось погане), як у застосуванні негативних наслідків, щоби допомогти дитині краще усвідомлювати результати своїх дій і, відповідно, краще контролювати свою поведінку. І хоча методи негативних наслідків не завжди можуть подобатися дитині, батькам важливо усвідомлювати, що їхні дії насправді спрямовані на те, щоби допомогти дитині. Тому покарання повинно впровад-

жуватися без злості, спокійно, але твердо. Воно повинно супроводжуватися коротким поясненням, за яку поведінку признається покарання, але аж ніяк не повинно супроводжуватися осудженням самої дитини та начіплянням на неї різного роду негативних «етикеток». Важливо допомогти усвідомити дитині, що покарання є, власне, виявом любові, бо воно існує для того, щоби допомогти їй. Покарання не може бути страшним, принизливим, жорстоким, не може моделювати небажану для самої дитини поведінку (фізична чи вербальна агресія). Але, знову ж таки, покарання повинно бути значущим, інакше воно не діятиме (для прикладу, конфіскація мобільного телефону на тиждень може бути значущим покаранням, але просто висварити дитину часом може ніяк не вплинути на неї). І, звісно, покарання повинно бути справедливим. Не можна карати дитину позбавленням любові чи погрозами віддати в інтернат і т.п. Покарання не повинно позбавляти дитину базових речей (їжі, турботи, захисту, любові). Цей великий перелік «не можна» наведено не випадково – адже принцип покарання часто використовується невірно, на шкоду дитині та її розвитку.

Основні форми застосування покарання наступні:

1. Методи ізоляції – ефективні, оскільки ізоляція позбавляє дитину можливості робити те, що вона хоче і дає час усвідомити свою поведінку, емоційно заспокоїтися. Але ізоляція дитини не повинна її лякати (темне приміщення і т.п.) або подаватися дитині як відкинення («я не хочу тебе бачити»). Найпоширенішими методами ізоляції є куток та «домашній арешт». Куток (тайм-аут) – ефективний метод покарання для менших дітей, передбачає короткотривале (5-15 хвилин) перебування дитини на кріслі з метою «посидіти, заспокоїтися і подумати» (детальний протокол застосування тайм-ауту див. Додаток #4). Для старших дітей і підлітків еквівалентом кутка за серйозніший проступок може бути ізоляція в кімнаті з позбавленням привілеїв (телевізор, комп'ютер і т.д.) та «до-

машній арешт» (позбавлення на день-два права на прогулянку і т.д.). Можлива й комунікативна ізоляція – наприклад, якщо дитина грубим тоном сказала щось мамі, та пояснює, що протягом вечора без особливої потреби не буде з дитиною спілкуватися, аби вона зрозуміла, що такий стиль спілкування неприемний іншим.

2. Тимчасова втрата привілею – наприклад, іграшок, дозволу дивитися телевізор, користування комп'ютером, велосипедом, плеєром, відміна прогулянки, походу в кафе і т.п. Це ефективний негативний наслідок. Щоби зберегти елемент передбачуваності та справедливості, може бути доцільним у формі контракту (взірці поведінкових контрактів – див. Додаток #7) передбачити, які форми проблемної поведінки ведуть до тієї чи іншої втрати привілеїв (наприклад, скільне зауваження про поведінку – увечері втрата права на перегляд телепрограм, гри на комп'ютері та прогулянки).
3. Штрафування – може включати втрату балів у системі бального заохочення (для цього можна ввести окремі пункти штрафу за проблемну поведінку, але важливо, щоби штрафів не було забагато, бо якщо дитина збанкрутує, у неї пропаде мотивація до «заробляння» балів, – тому бажано використовувати, окрім штрафів, і інші методи покарання. Другий варіант запровадження штрафів у випадку, якщо дитина отримує щотижневу суму кишенькових грошей, це передбачити можливість їхньої втрати внаслідок певних проступків (наприклад, кожен факт невиконання якогось із своїх домашніх обов'язків – мінус одна гривня з тижневих 10 гривень кишенькових).
4. Відшкодування/виправні роботи. Іноді важливо, щоби покарання мало характер відшкодування заподіяних збитків. Часом доцільно навіть запитати саму дитину, що, на її думку, буде справедливим наслідком її проступку. Для прикладу, в одній сім'ї, де син узяв без дозволу

гроші і витратив їх на солодощі, було встановлене покарання протягом трьох місяців додаткових робіт, що в еквіваленті «вартувало» тієї суми коштів, що було взято.

На цьому етапі батькам важливо бути готовими до певного тимчасового погіршення поведінки – відчуваючи встановлення рамок, дитина природно намагається випробувати їх на міцність. Тут необхідні терпеливість та послідовність у відповідь. Запроваджувати негативні наслідки може бути суб'єктивно неприємно – хто б не бажав мати з дитиною лише позитивну взаємодію, – але вони є насправді надзвичайно важливими і необхідними, щоби допомогти дитині навчитися важливих як для її теперішнього, так і для майбутнього речей...

Допомогти батькам застосовувати принципи поведінкового керівництва в різних проблемних ситуаціях і на різних вікових етапах розвитку дитини

Наступним, підсумковим етапом поведінкового керівництва є аналіз його ефективності та «відшліфування», пристосування його до конкретних ситуацій у контексті вікових особливостей дитини. На основі вищезгаданих принципів батьки можуть розвинути спеціалізований пакет поведінкових втручань щодо специфічних проблемних областей:

1. Поведінка у громадських місцях.
2. Виконання вказівок.
3. Вербальна/фізична агресія до брата/сестри.
4. Обман.
5. Проблемна поведінка у школі тощо.

Відповідно може розроблятися окрема програма поведінкового керівництва щодо кожної специфічної проблеми. Інколи це потребує більш прицільних методів поведінкової терапії, зокрема, детального аналізу епізодів проблемної поведінки, замірювання її частоти та вираженості, встановлення бажаного рівня, за якого впроваджується заохочення та інші специфічні техніки.

Те саме стосується і вікових особливостей застосування поведінкового керівництва, зокрема існує цілий ряд специфічних аспектів, які необхідно враховувати у підлітковому віці, зокрема: важливість спільного обговорення і участі підлітка у встановленні правил та наслідків, застосування поведінкових контрактів замість системи балів, чутливість до вікових психологічних потреб підлітка та ін. (див. Robin, 1998).

Допомогти батькам у покращенні шкільної успішності та зменшенні поведінкових та соціальних проблем у школі

Важливим аспектом консультування батьків є також шкільні проблеми дитини, починаючи від того, у якому віці йти дитині до школи, з якою спеціалізацією, як реагувати на проблеми з поведінкою та успішністю, як допомогти з уроками вдома та багато інших. Школа і пов'язані з нею соціальні, академічні та поведінкові проблеми часто є джерелом найбільших тривог та стресу батьків. Тому часто саме цей аспект може бути центральним у консультуванні. Про це детальніше йтиметься у наступному розділі.

Допомогти батькам у розвитку в дитини специфічних навичок

Як уже згадувалося раніше, роль батьків полягає не лише у заохоченні бажаної поведінки, але й у сприянні розвитку в дітей необхідних життєвих навичок. Тому важливо специфічно консультувати батьків щодо того, якою є їхня роль і як вони можуть допомогти дитині в тих аспектах, в яких діти з ГРДУ часто мають дефіцит:

- ◆ Комунікативні та соціальні навички
- ◆ Уміння вирішувати проблеми
- ◆ Уміння планувати і використовувати час
- ◆ Уміння контролювати злість
- ◆ Емоційна компетентність: розуміння та висловлення почуттів, елементи психологічної самогігієни – здатність розуміти себе, допомагати собі при емоційних труднощах і т.п.

Про навчання дітей цих навичок та роль батьків у цьому навчанні детальніше йтиметься у відповідному розділі.

На завершення цього розділу важливо ще раз нагадати наукове обґрунтування важливості вищезгаданих підходів словами Barkley (1996, с. 404): *«Протягом останніх років наша концептуалізація ГРДУ змінилася від розладу уваги до розладу насамперед мотивації. Саме таке розуміння природи розладу є теоретичним підґрунтям навчання батьків специфічних методів поведінкового керівництва, які уможливають компенсацію мотиваційного дефіциту дитини з ГРДУ шляхом застосування додаткових зовнішніх систем мотивації. Систематичне застосування таких методів може не тільки зменшити прояви проблемної поведінки дитини, але й мотивувати її робити щось насправді важливе, до чого просто так вона не має достатнього бажання. Але для того щоб адекватно застосовувати ці принципи, батьки повинні добре розуміти сучасну концепцію ГРДУ, те, як цей розлад визначає особливості поведінки дитини. А це веде нас до усвідомлення, наскільки важливою є психоедукація батьків. І наостанок, багато батьків можуть переживати негативні почуття з огляду на існуючі проблеми і бути демотивованими до застосування принципів поведінкового керівництва. А тому надзвичайно важливим може бути консультування батьків із застосуванням технік когнітивної психотерапії, щоби допомогти їм змінити патологічні переконання та спотворені сприйняття себе та дитини, які власне і є, на нашу думку, основною причиною почуттів відчаю, розчарування та демотивованості». У багатьох випадках батьки справді потребують допомоги фахівців, щоб у них змогла відродитися надія, віра у свою дитину. А це надзвичайно важливо. У еру розквіту молекулярної генетики, біохімії та психофармакології ми можемо так легко забути основне – як колись влучно сказала нам одна мама – «Найважливіші ліки для кожної дитини – це любов та віра в неї її батьків...»*

Підсумок

- ❑ Основним терапевтичним втручанням для дітей із ГРДУ є допомога їхнім батькам у оволодінні специфічними щодо нейропсихологічних особливостей дитини стратегіями виховання та поведінкового керівництва.
- ❑ Допомога батькам дітей із ГРДУ сфокусована довкола основних завдань і визначається певними базовими принципами.
- ❑ Основним форматом допомоги сім'ї є індивідуальне або групове консультування батьків.
- ❑ Фахівець, що проводить консультування, повинен бути компетентним у сфері охорони психічного здоров'я сім'ї та дитини, володіти елементами когнітивно-поведінкової та сімейної психотерапії.
- ❑ Для частини сімей можуть бути важливими додаткові заходи: індивідуальна чи сімейна психотерапія, консультація соціального працівника, відеотренінг спілкування та ін.
- ❑ Важливим джерелом підтримки для батьків може бути спілкування з іншими батьками дітей із ГРДУ в контексті руху взаємопідтримки «Батьки для батьків» і завдання фахівців полягає у сприянні поширенню і розвитку цього руху.
- ❑ На основі розуміння етіології та патогенезу ГРДУ вибудована сучасна концепція етіопатогенетичного поведінкового керівництва, яке за умови грамотного застосування дозволяє суттєво покращити поведінку дитини.
- ❑ Рядом ґрунтовних наукових досліджень доведено позитивний ефект застосування принципів поведінкового керівництва батьками дітей з ГРДУ – суттєве покращення поведінки дитини, підвищення рівня її функціонування, зміна у позитивний бік самооцінки як у дітей, так і у батьків, зменшення ризику розвитку вторинних проблем.

ДОПОМОГА ДІТЯМ ІЗ ГРДУ В ШКОЛІ

Школа після сім'ї є, безумовно, другим основним середовищем дитини і її вплив на дитину та її розвиток дуже значний. ГРДУ з-поміж усіх поведінкових та емоційних розладів у дітей, мабуть, найбільше позначається на функціонуванні дитини в школі, можна сказати, що симптоми цього розладу найвиразніше проявляються саме у школі. І це зрозуміло з патогенезу ГРДУ – оскільки поведінку дитини під час навчання найбільше визначає специфіка середовища (необхідність тривалого зосередження уваги, обмеження рухової активності, сприйняття інформації насамперед візуально та на слух). Тому саме тут найвиразніше виявляються труднощі дитини з самоконтролем. За відсутності належного розуміння і допомоги академічні, поведінкові та соціальні проблеми дитини з ГРДУ можуть швидко прогресувати і з часом призводити до серйозних вторинних наслідків – соціальної ізоляції, недостатнього обсягу засвоєння навчальної програми, зниженої самооцінки і т.п. Із іншого боку, підтримка вчителів та однокласників може стати могутнім ресурсом допомоги дитині та її рідним у подоланні проблем та позитивному розвитку.

Основні фактори успіху дитини з ГРДУ в школі (модифіковано за Rief, 2005):

1. Віра вчителя в учня, добрі взаємовідносини між ними.
2. Передбачуваність, організованість та структурованість академічного середовища.
3. Добра співпраця та ефективна комунікація між батьками та вчителями.
4. Ефективна командна співпраця між фахівцями щодо ГРДУ (лікар, психолог і т.д.), вчителями, працівниками школи (адміністрація, шкільний психолог і т.д.) та батьками.

5. Інтерактивні, творчі, цікаві методи викладання.
6. Розвиток здібностей дитини, розкриття її сильних сторін, врахування компетенцій притаманних дітям з ГРДУ.
7. Застосування ефективних методів керування поведінкою дитини в школі.
8. Заохочення співпраці між учнями, командності, взаємодопомоги.
9. Гнучкість учителя, його готовність і бажання віднаходити відповідний педагогічний підхід та стиль викладання, що відповідають особливостям кожної дитини.
10. Допомога дитині в розвитку навичок самоорганізації та «вміння вчитися».
11. Освіченість вчителя щодо ГРДУ.
12. Зменшення об'єму домашнього завдання.
13. Зменшення об'єму письмових завдань на уроках/ давати дітям із ГРДУ більше часу на виконання завдання.

У цьому розділі висвітлено основні принципи допомоги дитині та її сім'ї з боку педагогів. Багато з того, про що йшлося у попередньому розділі, так само стосується і позитивного керівництва поведінкою дитини в школі, тому деякі з базових тверджень будуть лише коротко повторені.

Особливе значення і роль учителя у допомозі дітям з ГРДУ

Передусім варто зазначити, що роль учителів є визначальною у вчасному виявленні ГРДУ. Це особливо стосується учителів молодшої школи – адже саме вони можуть першими виявити ГРДУ у дитини, і відповідно – забезпечити ранню діагностику та вчасну допомогу. Тим не менше роль учителів старшої школи у виявленні ГРДУ може бути теж дуже важливою, оскільки часто трапляється так, що через недостатню освіченість суспільства щодо цієї проблеми багатьом дітям діагноз ГРДУ не ставиться взагалі, їх не скеровують за належною допомогою, у школі до них не застосовують відповідні стратегії допомоги. Саме тому так важливо вчителям середньої та старшої школи знати особливості симптомів ГРДУ у цих віко-

вих категоріях і вміти розгледіти їх через часто присутні «нашарування» вторинних проблем та супутніх розладів.

Тому вчителі мають бути добре ознайомленими з проблематикою ГРДУ, знати «шкільну симптоматику» і вміти делікатно звернути увагу і пояснити батькам особливості їхньої дитини – без осудження, але так, щоби допомогти батькам усвідомити особливі потреби своєї дитини та мотивувати їх до звернення за допомогою до компетентних у цій сфері фахівців (на програму для дітей із поведінковими розладами). Роль учителів може бути також дуже важливою у первинній психоедукації батьків. З огляду на те, що вчителі проводять чимало часу з їхньою дитиною, а ще й у випадку, якщо між ними і батьками склалися позитивні взаємини, є довіра, то батьки можуть бути особливо відкритими до педагогів. При цьому вчителям слід бути особливо обережними, щоби представляючи батькам особливості дитини, хибно не стигматизувати дитину, необачно не почепити на неї етикетку «ненормальної» і т.п. Важливо підкреслити, що ГРДУ є особливістю дитини, яка створює їй ряд труднощів, а тому вона потребує специфічної допомоги та підтримки, але, попри те, дитина має багато своїх позитивних рис, здібностей, в цілому позитивно сприймається вчителями і т.д. Така розмова про особливості дитини може зблизити батьків та вчителів, зміцнити довіру між ними, сприяти формуванню ефективного партнерства. Утім, учителям варто бути обережними із самостійним встановленням діагнозу ГРДУ і бажано делегувати цю функцію компетентним фахівцям із огляду на ризик помилки – адже, як уже згадувалося, моторна гіперактивність та неухважність можуть бути симптомами багатьох інших дитячих розладів.

Особливе значення вчителя, звісно, лише починається з його ролі у виявленні ГРДУ та організації належної допомоги дитини. Воно продовжується у безпосередньому втіленні цих стратегій допомоги – адже велику частину свого часу дитина проводить у школі і саме тут учитель є ключовою особою, яка

сприяє позитивному особистісному та соціальному розвитку дитини, успішному навчанню, забезпеченні дотримання відповідних правил поведінки в школі та в колективі ровесників, розкриттю здібностей та талантів дитини. Звісно, навчання та виховання дітей із ГРДУ є нелегким завданням для педагогів, воно вимагає не лише наявності мотивації до цього, специфічних знань та професійної компетентності, але й чималих енергетичних затрат. Саме тому від позиції педагога так багато залежить у житті дитини – бо, якщо є бажання допомогти і є пошук ефективних стратегій допомоги, то значення цієї допомоги у визначенні сценарію наступного розвитку дитини може бути справді визначальним... Допомога дитині неможлива без тісної співпраці між учителями та батьками.

А тому учитель повинен сам бути добре освіченим і компетентним у навчанні та вихованні дітей із ГРДУ. На жаль, наразі можна рекомендувати педагогам лише закордонні підручники, присвячені цій тематиці (DuPaul, 2003; Pfiffner, 1996; Rief, 2005; Barkley, 1996), але хочеться сподіватися, що невдовзі в Україні з'являться напрацювання і дослідження вітчизняних педагогів, адже інтеграція закордонного досвіду в систему української освіти не завжди реальна і доцільна. Втім, важливі не лише підручники, але якісне навчання, тренінги для педагогів, а також можливість консультативної, методичної підтримки.

У роботі з дітьми із ГРДУ важливо, щоб учителі чітко усвідомлювали свої завдання і бачили свою працю з дитиною у контексті розвитку дитини, приготування її до дорослого життя. Водночас загальні цілі повинні бути індивідуалізовані і спрямовані на досягнення конкретних завдань у роботі з кожною дитиною.

Цілі вчителів у роботі з дітьми з ГРДУ та їх батьками:

- Сприяти соціальному розвитку дитини, її успішній інтеграції в колектив ровесників.
- Сприяти успішному академічному навчанню дитини, розвитку в неї мотивації до навчання та «уміння вчитися».

- Сприяти зменшенню проблемної поведінки та розвитку самоконтролю у дитини.
- Сприяти розвитку в дитини позитивної самооцінки, віри в себе, розкриття її здібностей і т.д.
- Підтримувати батьків дитини та допомагати їм виховувати дитину у позитивний спосіб.

Роль стосунків між учителем та дитиною

Позитивні стосунки між учителем та дитиною надзвичайно важливі. Це фундамент виховання та поведінкового керівництва, тому учителеві справді важливо знати дитину, розуміти її особливі труднощі, не персоніфікувати поведінкових проблем дитини, вірити в неї, бажати допомогти. Зрозуміло, що цих речей із підручника не навчишся, це, радше, особистісні характеристики вчителя, його педагогічна позиція... Можливо й тому батьки, як правило, усвідомлюють: обираючи школу для своєї дитини, потрібно шукати не так школу, як *Учителя...* Від ставлення вчителя до дитини справді залежать стосунки, які складуться між ними, а від стосунків – мотивація дитини до співпраці, навчання, належної поведінки і т.д.

Попри те, що чимало залежить від особистості учителя, це аж ніяк не зменшує потреби у певних діях і зусиллях учителя до побудови позитивної взаємодії з дитиною – адже добрі стосунки – це не щось, що стається само собою, а щось, що будується, плакається... Існують, утім, і цілком конкретні шляхи побудови добрих взаємин:

- Щоденне особисте привітання з дитиною.
- Використання різних можливостей для спілкування (наприклад, під час перерви – «Як настрої? Як пройшли вихідні? І т.п.»)
- Невербальні вислови позитивного ставлення (для прикладу, погладити чи стиха поплескати по плечу за успішне виконання завдання/ належну поведінку і т.п.)
- Уважність до дитини, доброзичливість, підтримка.

- ♦ Помічати і відзначати успіхи дитини (у тому числі і перед класом), її позитивні особистісні риси, здібності.
- ♦ Уникнення принизливої критики, некоректних форм висловлення зауваження і т.п.
- ♦ Емоційне, захоплююче проведення уроків із залученням дітей, їх активною участю в уроці, заохоченням співпраці – в контексті позитивного спілкування між вчителем та дітьми.

Співпраця з батьками дитини

При тому, що учитель спілкується з батьками усіх своїх учнів, співпраця із батьками дітей із ГРДУ з огляду на особливе місце такої дитини в класі повинна бути більш інтенсивною, а тому дуже важливо вибудувати партнерські стосунки, які базуються на взаємній повазі, довірі та спільному бажанні допомогти дитині у подоланні труднощів. На думку Barkley (2006, с. 584), ефективне партнерство батьків та педагогів є головною умовою академічного та соціального успіху школяра з ГРДУ. Звісно, що для такої роботи з батьками учителям необхідні елементи навичок психологічного консультування, адже це завдання не завжди є легким і вимагає певного досвіду і компетенції. У стосунках із батьками, як і у будь-яких стосунках, неминуче виникатимуть конфліктні ситуації, тож учителям потрібні також певні навички конструктивного вирішення конфліктів. На жаль, досить часто, якщо конфлікти адекватно не вирішуються, у відносинах з'являються протистояння та ворожість, взаємні звинувачення і претензії. Така ситуація патова і вона аж ніяк не сприятиме об'єднанню зусиль задля допомоги дитині.

Учитель повинен багато спілкуватися з батьками дитини з ГРДУ, щоб узгоджено працювати над спільними виховними цілями, які завжди є ширшими, аніж просто успішне навчання – це і контроль поведінки, й інтеграція дитини в колектив, і розвиток позитивної самооцінки, соціальних навичок тощо. У процесі спілкування вчитель може надати підтримку батькам.

кам у сприянні повноцінному розвитку дитини. До консультування батьків та дитини вчитель може залучати шкільного психолога, соціального педагога, може бути об'єднуючою ланкою між батьками і фахівцями, які працюють з дитиною у школі і поза нею. Деякі з методів поведінкового керівництва, про які йтиметься нижче, вимагатимуть спільних, узгоджених дій батьків та вчителів. Батьки можуть також потребувати консультативної допомоги від учителів щодо того, як допомогти дитині виконувати домашнє завдання, які потрібні додаткові заняття і т.п. – пригадаймо, що виконання домашнього завдання – це одна з найбільших труднощів як для дитини з ГРДУ, так і для її батьків. І батьки можуть потребувати передачі певної компетентності, методологічних порад від вчителів. Те саме стосується і проблем із самоорганізацією, стосунків із ровесниками та ін. З-поміж усіх фахівців учителі, мабуть, є тими, що найінтенсивніше і найтриваліше супроводжують дитину в її розвитку, а тому важливо, щоб у цьому супроводі був і такий важливий компонент супроводу батьків дитини.

Організація середовища

Наступний принцип допомоги дітям із ГРДУ в школі – це відповідна організація середовища. *Поведінка дітей з ГРДУ визначається факторами зовнішнього середовища значно сильніше, аніж внутрішніми правилами, директивами і т.д. – а тому перший спосіб впливу на поведінку дитини з ГРДУ – це відповідна організація зовнішнього середовища.* Тому роль учителя – стати архітектором такого сприятливого до дитини середовища.

Усе вищесказане стосовно облаштування домашнього середовища у попередньому розділі актуальне і для облаштування середовища шкільного. Але, звісно, у школі є менше можливостей щодо радикальних перетворень, тому треба креативно модифікувати класне приміщення в межах можливого.

Насамперед, бажано, щоби дитина сиділа ближче до вчителя і подалі від можливих джерел відволікання уваги (вікно,

шафа і т.д.). Зблизька учитель може ефективніше контролювати поведінку та скеровувати дитину до необхідної діяльності. Найчастішою помилкою є посадити дитину на задню парту – «хай робить, що хоче, лиш не заважає урок проводити» – тоді існує значна ймовірність, що без зовнішньої допомоги з боку вчителя дитина не зможе належно працювати на уроці, не буде відповідно поводитися. Добре, коли дитина сидить із ровесником, який є моделлю належної поведінки, і, навпаки, – катастрофічно посадити поруч двох дітей із поведінковими проблемами.

Поняття організації середовища виходить за межі суто фізичного простору і тому має відповідати таким вимогам:

- ◆ середовище повинно бути чітко структурованим, зрозумілим і передбачуваним для дитини, воно повинно функціонувати згідно з чіткими правилами;
- ◆ у середовищі повинні бути присутні чіткі вказівні знаки та нагадування дитині щодо необхідної поведінки;
- ◆ у сприятливому середовищі те, що важливе, повинно бути максимально цікавим – і в такий спосіб сприяти зменшенню проблем із неухважністю;
- ◆ у сприятливому середовищі бажана поведінка повинна підтримуватися негайними, частими та значущими для дитини заохоченнями, а проблемна поведінка має призводити до негайних значущих негативних наслідків;
- ◆ середовище повинно бути організоване за принципом передбачення і випередження проблем.

Дуже важливо, щоб «структуризація» середовища була зрозумілою дитині і щоб основні правила поведінки були чіткими, видимими, наочно втіленими (на стіні чи на парті); аби дитина добре розуміла, чому ці правила важливі і знала наслідки їх дотримання чи порушення.

Наявність чітких передбачуваних пунктів розпорядку шкільного дня так само може значно полегшувати функціонування дитини. Важливо пам'ятати, що дитина з ГРДУ потребує зовнішніх знаків, підказок та сигналів, які б скеровували

її поведінку в належному руслі, а тому важливо, щоб середовище було багатим на такі «знаки», а також, щоби вчитель міг бути ефективним «регулювальником». Саме тому фізична близькість до дитини дає учителю можливість через зоровий контакт, відповідні жести скеровувати дитину до бажаної поведінки без зайвих слів. На парті учня можуть бути відповідні піктограми (типу «будь уважний», «працюй») і т.п.) – і тоді вчитель у разі потреби може просто вказати учню на символічну картинку. Інші способи подавати знак дитині можуть бути загальнішими і адресуватися усьому класу – для прикладу, коли рівень шуму надто високий – ввімкнути і вимкнути світло, задзвонити у маленький дзвіночок і т.п.

Щоб ефективно скеровувати учнів і впливати на їх поведінку, вчителеві важливо розуміти роль його простої присутності, фізичної близькості до учня – часто одного наближення учителя є достатньо для того, щоб учень «отямився» і почав робити те, що належить – тож учитель, оптимально, має бути мобільним і мати змогу вільно пересуватися класом під час уроку.

Стратегії зменшення проблем з неухважністю

Основний спосіб зменшення проблем із неухважністю на уроках – це проведення *цікавих*, захоплюючих уроків. Пам'ятаймо, проблеми з неухважністю у дітей із ГРДУ постають не тому, що вони не можуть сконцентрувати увагу, а тому, що їм важко утримати увагу на чомусь, їм нецікавому. Коли дитина дивиться мультфільм, вона може бути дуже сконцентрованою. І ми розуміємо, чому: яскрава картинка, цікавий сюжет, часта зміна кадру, музичний супровід і т.д. Щоби дитина була зосереджена на роботі, урок повинен будуватися, наче мультфільм – структурований, із цікавим сюжетом та послідовним розгортанням подій, із частою зміною занять, можливістю активного залучення дітей у хід уроку, із використанням наочності. Оптимальним є «мультисенсорний» спосіб подачі інформації, яскравий, емоційний і т.д. Водночас, щоби не «перезбудити» дитину з ГРДУ,

важливо витримувати чіткі правила поведінки на уроці і часто заохочувати дитину (наприклад, похвала, усмішка, жест) за гарну поведінку, уважність і активність.

В процесі проведення уроку учитель може використовувати маленькі «хитрощі»: інтригувати дітей відкритими запитаннями, використовувати гумор, розповідати історії та давати цікаві приклади. Якщо сам учитель веде урок з ентузіазмом, захопленням, емоційно – це теж робить урок яскравішим, театральнішим, зменшує неуважність. Активне залучення дітей у роботу, діалог із ними, використання наочностей, яскравих роздаткових матеріалів, цікавих завдань, що подаються маленькими порціями, а не всі зразу – це теж ефективні тактики. Для зосередження уваги на необхідному тексті можна використовувати виділення кольором або проєкцію променя маленького ліхтарика. Одним із ключів до утримання уваги гіперактивних дітей є фактор новизни – а тому цікава побудова уроку, елемент сюрпризу, зміна діяльності – усе сприятиме концентрації. Використання аудіо- та візуальних «збирачів уваги» – як от, задзвонити у дзвоник, плеснути в долоні, підняти догори руку, ввімкнути/вимкнути світло, показати на піктограму чи написане правило поведінки і т.п. – є також ефективними тактиками. Рекомендується також змінювати види діяльності – з тих, де увага зосереджена на матеріалі та особі вчителя, до роботи в групах, парах і т.п. Коротка фізкультхвилинка посеред уроку (без перезбудження!) може виявитись надзвичайно корисною. Альтернативою може бути також хвилинка слухання музики, вправи на уяву і т.п. Коли видно, що учень з ГРДУ втомився і знаходиться «на межі», можна дати йому якесь «особливе» індивідуальне завдання –принести журнал, подати крейду і т.п. – яке передбачає можливість порухатися, а відповідно і дещо «переключитися», відпочити. Іншим способом розрядити потребу дитини в русі є дозвіл під час уроку тримати в руках і маніпулювати якимось певним безшумним предметом (як от пластик, гумове кільце) – звісно, коли це не заважає проводити урок.

Використання сучасних технологій навчання – як от завдань на комп'ютері, демонстрації навчальних фільмів, слайдів і т.п. – є теж ефективними засобами щодо зменшення проблем із уважністю. Багато дітей із ГРДУ не мають таких проблем із увагою, коли працюють із навчальними завданнями на комп'ютері, тому ця стратегія, як і розвиток відповідного програмного забезпечення, стає усе більш поширеною за кордоном. Для дітей, що мають супутню дисграфію, можливість виконання письмових завдань на комп'ютері теж може полегшувати їх виконання.

Іншою тактикою є мультисенсорна подача матеріалу з урахуванням того, що частина дітей краще сприймає інформацію на зір, частина – на слух, а частина (зокрема велика частина дітей із ГРДУ потрапляють в цю групу) – тактильно-кінестетично, – а тому доцільне використання різних форм подачі та роботи з навчальним матеріалом: і вербальних (розповідь, пісня, вірш), і зорових (діаграми, схеми, малюнки, фільми), і тактильно-кінестетичних (наочності, конструктори, рухові гри, драматизації, експерименти, польові виїзди і т.п.). Учитель може враховувати індивідуальні особливості дітей і відповідно групувати їх для виконання певних завдань, які відрізняються для кожної групи і відповідають особливостям сприйняття матеріалу дітьми і т.п.

Грає роль і індивідуальний вибір завдань для дитини з ГРДУ, деколи їх може бути дещо менше за обсягом, або ж – даються не всі зразу, а по чергово, або ж пропонуються на вибір. Відповідно важливо часто заохочувати дитину за уважність, активність, у випадку ж відволікання – відповідним жестом чи словом перескерувати дитину на роботу.

Відповідність завдань та навчальної програми можливостям дитини також впливає на рівень уважності дитини, адже не діагностовані інтелектуальні порушення або ж специфічні розлади шкільних навичок можуть бути причиною труднощів із навчанням. У тих випадках важливим є підбір індивідуальної навчальної програми і застосування відповідної методології.

Увага дитини з ГРДУ звичайно є значно кращою в ситуаціях один на один. Це можна використовувати, рекомендуючи додаткові індивідуальні заняття, та залучаючи однокласників чи старшокласників для допомоги дитині (в окремих школах за кордоном діють системи, в яких старшокласники стають свого роду «репетиторами» і наставниками для учнів молодших класів, які мають труднощі з навчанням).

Принципи керування поведінкою дітей із ГРДУ в школі

Відповідно до патогенетичної концепції при керуванні поведінкою дитини з ГРДУ у школі працюють ті ж принципи, що і вдома. Дитина потребує так само більш інтенсивного зовнішнього моніторингу та скерування її поведінки. А тому вчитель повинен усвідомлювати цю особливість своєї ролі – дитина з ГРДУ потребує більше індивідуальної уваги. Саме тому рекомендується, щоби дитина сиділа ближче до вчителя – тоді є можливість і пильніше проводити моніторинг, і простіше «скеровувати» дитину – поглядом, жестом, вербальною вказівкою. З огляду на те, що ГРДУ – це розлад контролю та керівництва власною поведінкою, роль учителя для такої дитини – бути «міліціонером-регулювальником», який скеровує автомобіль у потрібному напрямку. Тому чіткі, виразні вказівки та правила; тому частий зоровий контакт; тому «ритуалізована» структурованість, передбачуваність ходу уроку. І так само, як і вдома, важливий проактивний підхід – тобто дія на випередження проблемної поведінки. І так само важливі часті, негайні та ефективні наслідки щодо бажаної/проблемної поведінки.

Зрозуміло, далеко не завжди вчитель може надати необхідну кількість уваги та допомоги одній дитині з ГРДУ, адже в класі є багато інших дітей і усі вони теж мають свої особливі потреби. Саме тому вчителям важливо володіти «мінімальним пакетом» втручань для ГРДУ, які подаються у цьому розділі і дозволяють зменшити поведінкові проблеми дитини, які часто є причиною значного стресу для учителів, «зриву» уроків і

т.п. Учителі набагато більше мотивовані спробувати стратегії і техніки поведінкового керівництва тоді, коли усвідомлюють, що, хоча ці техніки на початку потребують додаткового часу і зусиль для їхнього впровадження, згодом вони значно покращують ситуацію в класі, на уроці, дозволяють педагогам більш ефективно виконувати свою роль. Ми маємо відгуки учителів львівських шкіл, які почали впроваджувати стратегії поведінкового керівництва і кажуть, що ці методи не тільки працюють в українській системі освіти і допомагають зменшити проблемну поведінку дитини з ГРДУ на уроках та покращити успішність, але можуть бути застосовані і до всіх дітей, загалом покращують якість педагогічного процесу.

Дуже важливо, щоб інші діти усвідомлювали, – якщо дитина з ГРДУ потребує особливої уваги і допомоги з боку вчителя, – то це тому, що вона має певні труднощі і потребує додаткової уваги. Однокласникам можна пояснити, що поведінка дитини з ГРДУ обумовлена не тим, що вона навмисно «нечемна», а тим, що має труднощі, які проявляються надмірною активністю.

Наступним принципом допомоги дітям із ГРДУ в школі є запровадження основного принципу поведінкового керівництва: діти з ГРДУ потребують частих, негайних ефективних заохочень за добру поведінку і негативних наслідків за проблемну. І тут, так само як удома, важлива систематичність та послідовність. Причому починати треба завжди з заохочень і на них покладатися в першу чергу. Заохочення у школі, звісно, не мають такого широкого спектру можливостей, як удома, але можна творчо поставитися до цього завдання і знайти певні компромісні варіанти. Насамперед, це усна похвала. Це жест заохочення. Вони можуть мати велику силу впливу на дитину з ГРДУ. Пригадую, як одна дівчинка прийшла на повторну консультацію з радісним вигуком: «Мене сьогодні похвалили на математиці!» Для того, щоб учитель виробив звичку часто «ловити» дітей на добрій поведінці і усно хвалити, Barkley (2006, с. 559) пропонує цілий перелік технік нагадування та

мотивування вчителя це робити – від жетонів у кишені, які треба перекладати з одної в другу за кожну похвалу, до смайликів-нагадувань на стінах, вібрації таймера і т.п.

Значним джерелом соціального заохочення можуть бути і ровесники. За особливий успіх і старання увесь клас може поаплодувати (і, звісно, не лише дитині з ГРДУ), потиснути у жесті привітання руку. Учитель також має набагато більше можливостей, ніж просто усний комплімент. Це, для прикладу, може бути і письмова похвала у щоденнику, вияв вдячності батькам – усно, телефонічно, на батьківських зборах (вони цього так потребують – адже часто їм здається, що педагоги сприймають їхню дитину лише у негативний спосіб!). Також є можливість (яка часто застосовується у молодшій школі) наклеювати «смайлики» або ставити «штампики» за гарну поведінку, уважність, активність на уроці. Можна запровадити систему балів, які перетворюються у певні привілеї в школі або вдома. У школі, звісно, складніше, але, для прикладу, привілеєм, заробленим за певну кількість балів, може бути дозвіл пограти після уроків у баскетбол, в цікаву гру у комп'ютерному класі.

Принципи заохочення бажаної поведінки повинні, по можливості, діяти на увесь клас, щоби не викликати негативних реакцій у ровесників щодо «особливого статусу» дитини з ГРДУ і мотивувати усіх дітей загалом до бажаної поведінки. Методи заохочення можуть застосовуватися не лише індивідуально, а й до цілого класу. Для прикладу, бали, що заробляють учні, можуть додаватися до загального банку – і коли буде досягнена певна сума, увесь клас отримує певний привілеї. Такими колективними привілеями може бути спільна прогулянка, чи гра, вечірка, певне заняття, що є бажаним для усіх. Схожу функцію можуть відігравати для школярів молодшої школи (а так само в садочку для дошкільнят) більш видимі альтернативи балам – як-от складати камінці у вазу до її повного заповнення за кожен «позитивний» урок без значних порушень поведінки і т.п., або ж просування на один крок упе-

ред по намальованій дорозі (як-от у багатьох іграх) аж до досягнення кінцевої цілі, якою може бути знову ж таки якийсь спільний привілей. Такі системи мають своїм великим позитивом те, що вони мотивують усіх дітей до заохочення бажаної поведінки один в одного, вони перетворюють клас у команду, а відповідно, бажана поведінка дитини з ГРДУ тепер отримує виразне заохочення з боку ровесників, а проблемна – відповідно – не знаходить підтримки (пригадаймо, часто одним із механізмів розвитку проблемної поведінки є її соціальне заохочення з боку ровесників, як-от, для прикладу, «клоунада» на уроках). Звісно, що можливість колективно зароблених привілеїв не виключає можливості застосовувати і більш індивідуалізовану систему – зокрема, бальна система може діяти індивідуально і кожен з учнів може заробити бали, які можуть бути перетворені в індивідуальні привілеї, витрачені на «аукціоні» наприкінці тижня і т.п. Проміжними між індивідуальними та заохоченнями для усього класу можуть бути «групові» привілеї, коли діти працюють в підгрупах, свого роду міні-командах, і відповідно заробляють спільно привілеї для своєї команди. Ще одна цікава техніка – це коли за належну поведінку учитель записує ім'я/прізвище дитини на листочок і кидає у спеціальну скриньку – а наприкінці дня чи тижня розігрується певний привілей шляхом витягання одного з листочків з іменем переможця. Позитивом цієї техніки є те, що вона дозволяє використати обмежену кількість привілеїв для мотивування великої кількості учнів, адже всі усвідомлюють, що чим більше бажаної поведінки, тим більше шансів на успіх в лотереї. Інша техніка – «гра в добру поведінку»: клас ділиться на дві підгрупи, кожне зауваження учневі з підгрупи заноситься на відповідний груповий аркуш на дошці. В кінці уроку чи дня, якщо обидві групи набрали менше, аніж певне критичне число зауважень (наприклад, 4), обидві отримують право на певний привілей, якщо ж обидві перебрали межу, то та група, що набрала менше, отримує право на привілей, але уже на корот-

ший проміжок часу чи в меншому об'ємі, ніж у випадку, якщо б не перейшли межі. Привілеями знову ж таки можуть бути якісь цікаві ігри, заняття, доступ до ігрової кімнати/іграшок, дещо зменшений обсяг домашнього завдання та ін. Позитивом цієї техніки є те, що її можна застосовувати щодня і вона не потребує від учителя багато часу і зусиль на її реалізацію. Схожих технік описано доволі багато (див. Rief, 2005), втім, суть не так у конкретних техніках, які, зрештою можна учителям та дітям спільно знаходити та творчо модифікувати, як у загальній організації середовища, де існують чіткі правила, моделювання бажаної поведінки та загальна атмосфера її заохочення – і на рівні соціальних заохочень – і додаткових привілеїв і т.п. Пригадаймо, що основою поведінкового керівництва для дітей з ГРДУ є часті, негайні, сильні та різноманітні заохочення бажаної поведінки.

Звісно, не завжди учителі можуть фізично реалізувати таку систему заохочень в школі. Тому можливим ефективним доповненням/альтернативою шкільних заохочень може бути варіант отримання заохочень вдома за зароблені в школі бали.

Така система працює подібно до домашньої системи заохочень/покарань, описаної у попередньому розділі. Але особливістю її є те, що учитель щодня оцінює поведінку, активність, уважність дитини на уроці, а батьки вдома, на основі встановлених «нормативів», винагороджують дитину чи ж застосовують негативні наслідки у випадку неналежної поведінки. Ми пропонуємо батькам завести спеціальний додатковий щоденник, у якому в залежності від особливостей проблем, із якими стикається дитина в школі, учителі оцінюють у балах (0 – погано, 1 – задовільно, 2 – добре, 3 – відмінно і т.п.) поведінку дитини.

Для прикладу:

День:	урок				
	1	2	3	4	5
уважність					
активність					
поведінка					

Звісно, варіанти бувають дуже різні: може ставитися загальна оцінка, або ж, якщо якась проблема найбільш виражена, оцінюється лише вона (наприклад, агресивна поведінка на перерві, виконання вказівок учителя і т.п.); система оцінювання теж може бути довільною – за кожен урок чи за день загалом (перший варіант кращий з огляду на необхідність частих заохочень). Звісно, вчитель повинен повідомляти учня про оцінку і відповідно супроводжувати її похвалою чи побажанням кращої поведінки на наступному уроці. Таку систему легше запровадити у молодшій школі, коли клас веде одна вчителька. У старшій школі батьки можуть заохочувати дитину за наявність класної роботи, відсутність зауважень за поведінку, негативного усного відгуку вчителів, за оцінки, які частково відображають старанність дитини, тощо. І навпаки, зауваження за поведінку повинно супроводжуватися послідовним методом покарання вдома (наприклад, вечір без прогулянки, телевізора і жодних розваг). За умови застосування бальної системи батьки повинні встановити також певну диференційовану систему заохочень і покарань: визначена сума балів – визначені заохочення, а кількість, менша за мінімум – покарання (наприклад, 35 балів за день – 30 хвилин мультфільмів, 45 балів – 1 година, менше 20 балів – позбавлення прогулянки і т.п.; або ж бали додаються і накопичуються на якусь цінну винагороду; або при досягненні максимальної планки, яка мала би бути десь на 5% вищою за типовий денний «показник» і постійно потрохи росла б – вибір щоденної винагороди з меню і т.п.).

Простою версією заохочення батьками доброї поведінки під час школи може бути домовленість про певний привілей одразу після школи (похід на майданчик, ласощі і т.п.) в залежності від того, як оцінить поведінку та активність дитини учитель. Звісно, це актуально здебільшого для молодших школярів у тих випадках, коли батьки щодня забирають дитину зі школи і мають контакт з учителем.

Так само, як заохочень, дитина потребує і частих, ефективних і негайних негативних наслідків за суттєві порушення вста-

новлених правил. Усе, про що говорилося щодо принципу покарання у попередньому розділі, стосується і школи – і важливо дуже коректно застосовувати цей метод без зловживань саме з виховною, а не «каральною» метою. Важливо пам'ятати, що насамперед поведінкове керівництво базується на заохоченні бажаної поведінки. Важливо теж пам'ятати, що не всі форми негативної поведінки потребують негативного наслідку. На мінімальні порушення можна просто не реагувати або ж дати знак попередження. І лише при повторенні чи серйознішому порушенні попереджається про можливе покарання в разі, якщо поведінка не зміниться, і щойно тоді – конкретний негативний наслідок. Важливо, власне, аби учень відчував, що учитель є твердий і рішучий: за неналежну поведінку – буде конкретний негативний наслідок. При цьому учитель має застосовувати цей негативний наслідок спокійно, твердо, без емоційного приниження учня, а радше як метод виховання. Покарання в школі можуть бути наступними: усні чи письмові зауваження, куток або втрата привілею (наприклад, можливості побігати в коридорі на перерві чи участі в якійсь приємній для класу активності), примус сидіти за партою (під час перерви) певну кількість хвилин, яка відповідає кількості зауважень за порушення правил поведінки на уроці, чи ж «виправні» роботи по завершенню уроків. Може існувати також і певна проміжна система реєстрації зауважень – свого роду картка зауважень, де вчитель ставить відповідний знак (наприклад, хмарка для молодших школярів), а тоді відповідна кількість зауважень приводить до конкретних наслідків – як-от письмове зауваження додому, чи втрата кількох хвилин привілейованої діяльності і т.п. У схожий спосіб діє система, коли дитині чи групі дітей «авансом» нараховується певна система балів. Кожне зауваження веде до втрати балів. У кінці дня в залежності від кількості балів, що залишилися, є можливість отримати той чи інший привілей, але привілеї розбиті на групи більш бажаних і менш цінних відповідно до кількості балів, що за-

лишилися. Інший спосіб, про який уже згадувалося вище, це коли негативні бали або зауваження в щоденнику за умови застосування бальної системи мали б перетворюватися у специфічні негативні наслідки вдома. Тому вчителям важливо мати добру співпрацю з батьками і бути певними, що зауваження допомагають вирішити проблеми з поведінкою, а не посилюють їх; що батьки застосовують принципи поведінкового керівництва вдома. Як уже згадувалося, з огляду на часті патологічні форми покарання (фізичне насильство, емоційне відкинення, осудження дитини та ін.), воно може часом завдавати більше шкоди, аніж допомагати дитині, тому учителям і батькам важливо бути справді партнерами і спільно застосовувати єдині підходи до виховання та поведінкового керівництва. Якщо батьки мають труднощі або ж потребують додаткової допомоги, вчителі можуть консультувати їх або ж скеровувати на спеціалізовані програми допомоги дітям з поведінковими розладами.

За серйозних поведінкових порушень (бійки, обман і т.п.) можуть бути необхідними суворіші негативні наслідки – наприклад, виклик до директора, «домашній арешт», тривале позбавлення привілеїв і т.п. Звісно, це повинно робитися в дусі допомоги дитині, а не для її залякування та відкинення. Важливо усвідомлювати, що просто кілька днів невідвідування школи часто виявляється неефективним покаранням, адже перебування вдома може бути бажаним для дитини і аж ніяк не діяти як метод покарання.

Увага до поведінки дитини, застосування наслідків потрібне часто не лише до поведінки на уроках, але й під час перерв, адже часто саме тоді мають місце різні «пригоди». Отож, так само важливо встановити правила і віднайти спосіб моніторингу та регулювання поведінки у цей час. Проактивність, дія на випередження – це найкращий спосіб керівництва поведінкою дітей з ГРДУ.

Часом поведінкові проблеми можуть бути настільки вираженими, що необхідні спеціалізовані втручання як удома, так і в школі, вироблення цільових програм поведінкової терапії (а часто додатково й індивідуальної, сімейної), скерованих на

окремі симптоми-мішені. Це завдання кваліфікованих у цій сфері психологів, психотерапевтів. Зокрема надзвичайно важому роль можуть відіграти шкільні психологи, які володіють знаннями поведінкової терапії. Тому в таких складних випадках учителям важливо долучати психологів до вироблення цільових програм під конкретні поведінкові проблеми дитини. Для реалізації таких програм може бути необхідна інтенсивна співпраця з батьками, їхні щоденні візити до школи і т.п. Відповідно розробляються індивідуальні цілі для дитини, підписуються поведінкові контракти, відбувається ретельний моніторинг, підбираються ефективні заохочення/негативні наслідки. Може бути важливим також детальний аналіз проблемної поведінки, визначення факторів, що провокують проблемну поведінку і відповідно вироблення стратегій її попередження. При важких формах ГРДУ часто існує необхідність у застосуванні медикаментів. Деколи дитина може потребувати переведення в інший клас чи школу, де, наприклад, менша кількість дітей у класі (здебільшого у приватних школах), є можливість мати додаткового асистента для дитини, у класі працюють водночас два педагоги або ж є учителька, яка має досвід роботи з дітьми з ГРДУ і погоджується прийняти дитину до класу. Але зрозуміло, що переведення дитини до іншої школи не може бути загальною рекомендацією. Хоча, на жаль, часто трапляються випадки відвертого тиску на батьків, щоб вони забрали дитину зі школи, оскільки вона створює труднощі – зрозуміло, що переважно це радше спроба позбутися проблеми, аніж справді допомогти дитині.

Втім, із іншого боку, важливо розуміти, що в окремих випадках діти з ГРДУ та супутніми поведінковими розладами, зокрема з опозиційною, агресивною, антисоціальною поведінкою, є справжнім викликом для вчителів у їхній педагогічній праці, і щоб ефективно давати собі раду з поведінкою цих дітей, реалізовувати навчальні та виховні цілі, учителям потрібна серйозна підтримка – зокрема психологів; потрібне залучення

ня адміністрації; ефективна співпраця з фахівцями сфери психічного здоров'я, які працюють з дітьми з поведінковими розладами. Робота з такими дітьми може бути особливо нелегкою для педагогів, а тому додаткова підтримка та залучення широкої команди фахівців є вкрай необхідними для ефективної допомоги цим дітям.

Окремим дітям із важкими формами ГРДУ та супутніми поведінковими розладами необхідне перебування в терапевтичному середовищі спеціальних закладів для дітей із поведінковими розладами. На таких спеціальних навчальних програмах створено шкільні умови і наявна команда компетентних фахівців, які можуть забезпечити «терапію середовищем» для цієї категорії дітей. Такі спеціальні заклади/програми ефективно працюють у багатьох країнах. Вони дозволяють досягти важливих терапевтичних змін, а тоді за рік-два перебування дитини на такій програмі пробувати реінтегрувати її у звичайну школу.

Кооперативне навчання

Учителеві важливо допомогти дитині з ГРДУ знайти своє місце в колективі, у якому цінується кожна особа, у якому кожен має свої здібності і обмеження, а тому може доповнювати один одного і разом стати дружньою командою... Важливо уникати негативних етикеток, порівнянь «хто кращий» і т.п. Важливо заохочувати співпрацю і взаємодопомогу між дітьми, вболівання за успіх кожного, усвідомлення, що добра команда дає найкращий результат за умови, коли кожен «грає» якнайкраще, але водночас без «зіркової хвороби». Ідеться про те, що отримало назву кооперативної моделі навчання – тобто такої, що допомагає дітям шляхом заохочення співпраці між ними відкрити її радість та багатство, а відповідно будувати дружбу між дітьми, сприяти взаємодопомозі, розвитку здорової самооцінки в дітей, просоціальних навичок. Кооперативна модель є протипоказом до поширених в суспільстві тенденцій індивідуалізму, конкуренції та антагонізму. За таких тенденцій

люди змагаються між собою і бачать один в одному радше загрозу, конкуренцію, аніж можливість взаємодопомоги – «або я виграю і ти програєш, або ти виграєш, тоді програю я». У кооперативній моделі «ми обоє виграємо, якщо будемо співпрацювати, і разом ми можемо досягти значно більше, ніж кожен окремо».

Така кооперативна модель вимагає відповідної організації навчання та педагогічного процесу загалом. Необхідно створити дітям можливість працювати у підгрупах на спільні цілі, а також вчитися співпрацювати, вчитися бути членом команди. Тому важливо навчальні завдання перетворювати у можливість спільної праці над певним «проектом», залучення кожного до цього, розподілу обов'язків, взаємодопомоги. Це дає дітям можливість не лише відкрити модель команди, але й вчитися важливих соціальних навичок і одразу застосовувати їх. Це ті навички, які будуть детальніше описані в наступному розділі і які включають у себе навички спілкування, спільного вирішення проблем, з'ясування конфліктів, взаємодопомоги та ін. Роль учителя тут не лише допомагати дітям засвоювати академічну програму, але й водночас вчитися необхідних соціальних навичок шляхом створення відповідних можливостей, моделювання, пояснення, заохочення до їх застосування. У цьому сенсі клас є ідеальним місцем, бо, власне, це і є щоденне середовище життя дитини і саме тут ці соціальні навички грають основну роль.

Шкільний клас є свого роду прототипом суспільства і якщо дитина з ГРДУ зможе мати досвід позитивних стосунків у дружньому колективі, зможе віднайти собі позитивне, здорове місце в ньому, віднайти радість стосунків, команди – це є передумовою її майбутньої соціальної адаптації. Учителеві важливо розуміти, що він (і школа в цілому) є навчителем життя для дитини, а для цього необхідні не тільки академічні знання – але й уміння будувати стосунки з людьми, уміння співпрацювати, створювати осередок взаємоповаги, дотримання прав кожного, усвідомлення відповідальності один перед одним. У найглибшому контексті освіта є справді формуван-

ням людини, плеканням цінностей гуманізму, демократії, справедливості. Демократія формується насправді не в стінах парламенту – вона формується в школі. І якщо згадати, що найнебезпечнішим варіантом розвитку дитини з ГРДУ є антисоціальний, то можна зрозуміти, яка велика відповідальність лежить на педагогах. Від них насправді залежить доля не лише дитини, але й цілого суспільства.

Допомога у розвитку навичок навчання, самоорганізації та управління часом

Як уже було детально проаналізовано у розділі про патогенез ГРДУ, одним із основних дефіцитів цих дітей є порушення здатності до самоорганізації та планування власної поведінки. Саме цей дефіцит часто криється в основі академічних труднощів дітей із ГРДУ, адже процес навчання потребує самоорганізації, дисципліни та планування. Тому роль учителів полягає не тільки у навчанні дітей академічних навичок, але й у допомозі їм у самоорганізації та плануванні, сприянні вироблення у них цих навичок.

Тому вчителям важливо скеровувати увагу учнів до впорядкування свого робочого місця, до належного запису домашніх завдань, планування необхідних дій, їх часової організації. Учням важливо допомогти виробити традиції до самоорганізації – записувати завдання, визначати пріоритети, складати часові плани, притримуватися запланованого. Для учнів з ГРДУ особливою трудностю може бути вирішення довготермінових, великих за об'ємом завдань – їм потрібно допомогти у тому, щоб більше завдання розділити на менші частинки, відповідно робити їх по черзі, дотримуватися певних часових рамок. Важлива роль у виконанні таких завдань належить і батькам. Тому учителям і батькам важливо співпрацювати у допомозі дітям в самоорганізації. Так само як учителям важливо стежити за записом домашніх завдань (для цього, наприклад, наприкінці уроку можна дати учням завдання перевірити сусіда

по парті – чи записане в нього домашнє завдання), так само батькам важливо асистувати дітям у підготовці до школи, виконанні домашнього завдання, збиранні портфеля на наступний день. У цьому дітям можуть допомагати так звані списки для перевірки – перелік того, що необхідно взяти – дитина повинна перевірити і відзначити в списку, чи все вона взяла/зробила. Для попередження частих проблем із забуванням можуть служити різні способи самонагадувань: різного роду записки, почеплені на видному місці, використання таймера, системи нагадувань мобільного телефону чи комп'ютера і т.п. Так само важлива допомога дітям у виробленні відчуття часу – рекомендовано не лише мати наручний годинник, використовувати таймер (пригадаймо, у дітей з ГРДУ недостатнє внутрішнє відчуття часу), але й застосовувати інші видимі символи часу, як-от пісочні годинники, письмові підказки на дошці щодо того, скільки хвилин залишається до завершення контрольної і т.п.

Враховуючи, що через труднощі з зосередженням уваги та недостатню самоорганізацію дітям із ГРДУ важко вчасно виконувати той обсяг завдань, який зазвичай доступний більшості ровесників, загальноприйнятою рекомендацією є також зменшувати обсяг письмових завдань як на уроці, так і на домашнє завдання.

У схожий спосіб до розвитку навичок самоорганізації та планування дитині потрібна допомога у розвитку «вміння вчитися». Це включає визначення навчальної цілі «чому я це хочу знати?», вибір навчального матеріалу, організація самого процесу навчання, конспектування, самоперевірка засвоєння знань, повторення і т.п. Сюди можна також віднести і стратегії запам'ятовування матеріалу, різні мнемонічні техніки і т.п.

Індивідуальна програма навчання

Переведення до іншої школи або адаптація навчальної програми до можливостей дитини можуть мати сенс тоді, коли дитина має супутню інтелектуальну недостатність або ж виражені ізольовані розлади розвитку шкільних навичок – читання, пис-

ма, математики. Дуже важливо вчасно їх виявити (а у 40% дітей з ГРДУ вони присутні як коморбідності), бо тоді дитина потребує спеціалізованого підходу у навчанні відповідно до принципів спеціальної освіти дітей із особливими потребами. Застосування спеціальних підходів у викладанні часто може покращити якість навчання дитини з ГРДУ й у звичайній школі – це стосується як методів представлення матеріалу, зокрема, щодо навчання читання, математики, використання дидактичних матеріалів, комп'ютерних технологій, так і відповідний підбір завдань під час класної роботи та у якості домашнього завдання та ін. Діти з ГРДУ, навіть не маючи супутніх специфічних розладів шкільних навичок, часто мають велику трудність в оволодінні письмом, читанням, математикою. Застосування сучасних технологій викладання цих предметів у молодшій школі, а також спеціально розроблених для дітей з ГРДУ методик викладання вищезгаданих предметів (див. Rief, 2005) допомагає значно покращити академічну успішність дітей, а відповідно і їхню самооцінку, і мотивацію до навчання, і прогноз розвитку.

На завершення розділу про допомогу дітям із ГРДУ в школі варто ще раз підкреслити виняткову роль особистості педагога, його життєвої та педагогічної філософії. Врешті-решт жодні техніки не працюватимуть, якщо за ними не стоїть віра в дитину, любов до неї та бажання допомогти їй розвинутися у зрілу особистість...

Linda Haughey, мати трьох синів з ГРДУ, так підсумовує свої роздуми про роль вчителя у долі дитини: «Ніщо не може замінити особи вчителя, який любить свою роботу і який справді хоче допомогти дітям на їх життєвій дорозі. Вірте у нашу здатність змінити майбутнє дітей. Майте мужність добиватися змін. Відзначайте унікальність та неповторний дар кожної дитини. Усе це так чудово підсумовує вислів, що я колись прочитала на стіні в учительській: *«Вплив учителя не*

обмежений в часі, він простягається у вічність. І ніхто не може знати, як далеко сягає він...» (Rief, 2005, с. 324).

Підсумок

- ❑ Школа, після сім'ї, є другим за вагомістю середовищем у житті дитини і її вплив на майбутнє дитини може бути визначальним.
- ❑ Для вчителів, які мають у класі дітей із ГРДУ, дуже важливим є їхнє розуміння природи розладу та особливостей дітей із ГРДУ, а також уміння застосовувати принципи та методи поведінкового керівництва.
- ❑ Учителі потребують тісної співпраці з батьками та встановлення стратегічного партнерства з ними з метою допомоги дітям із ГРДУ у подоланні специфічних академічних, поведінкових та соціальних труднощів.
- ❑ Роль учителів є визначальною у ранньому виявленні ГРДУ та скеруванні батьків і дитини на спеціалізовані програми допомоги. Важливим є партнерство та узгоджена співпраця між фахівцями цих програм, батьками та педагогами.
- ❑ На основі патогенетичної концепції поведінкового керівництва розроблені конкретні принципи та «техніки» навчання і виховання дітей із ГРДУ в школі.
- ❑ У вихованні дітей із ГРДУ педагогам необхідно цілісно підходити до розвитку дитини і сприяти виявленню усіх його компонентів – академічної успішності, соціальної компетентності, самоконтролю, позитивної самооцінки тощо.
- ❑ Надзвичайно важливим завданням для педагогів є допомога дитині з ГРДУ в її інтеграції до колективу ровесників та у її соціальному розвитку, що у випадку позитивної динаміки є передумовою її повноцінної соціальної інтеграції.
- ❑ Велика частина дітей із ГРДУ можуть мати специфічні розлади розвитку шкільних навичок, інтелектуальну недостатність – важливо вчасно їх діагностувати з метою оптимізації навчальної програми для дитини та вибору найбільш сприятливого для розвитку дитини навчального закладу.
- ❑ Особистість учителя та характер його стосунків із дитиною є основою педагогічного впливу. Іноді саме учитель може стати тією визначальною людиною у долі дитини, яка допоможе їй вийти на добру дорогу розвитку та самореалізації.

ТРЕНІНГ СОЦІАЛЬНИХ НАВИЧОК ТА КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ПСИХОТЕРАПІЯ ДІТЕЙ З ГРДУ

Тренінг соціальних навичок не є втручанням «першої лінії» для дітей з ГРДУ, його ефективність при ізольованому застосуванні є значно нижчою від застосування поведінкової терапії та/або психофармакотерапії. З огляду на етіопатогенез розладу ми не можемо очікувати, що навчання дітей з ГРДУ певних навичок буде вести до якісного покращення поведінки, адже, як уже згадувалося, «проблема дітей з ГРДУ не в тому, що вони не знають, як треба поводитися, а в тому, що вони не можуть поводитися так, як знають є потрібно». Втім тренінги соціальних навичок є важливим додатковим втручанням у пакеті мультимодальних терапевтичних заходів, особливо для тієї групи дітей, які мають виражені соціальні проблеми.

Як уже не раз згадувалося вище, багато дітей із ГРДУ мають проблеми у соціальних відносинах, зокрема з ровесниками. За даними досліджень Barkley (1996, с. 540) близько 50-60% дітей із ГРДУ зазнають відкинення з боку ровесників і є соціально ізольованими. Зрозуміло, що вираженість проблем соціальної ізоляції у дітей із ГРДУ пов'язана насамперед із їхньою імпульсивною поведінкою та вторинним дефіцитом важливих комунікативних та соціальних навичок. Утворюється свого роду замкнене коло: соціальні труднощі дитини з ГРДУ ведуть до її відкинення, дитина втрачає природне середовище, у якому є можливість навчатися і реалізовувати соціальні навички, що тільки поглиблює дефіцит останніх. Врешті-решт єдиним середовищем, яке приймає дитину, може стати вулиця – середовище відкинутих дітей, але там дитина часто може на-

вчитися радше навичок антисоціальних... Тому цілком зрозуміло, що проблеми з соціальною ізоляцією можуть призводити до ряду вторинних проблем: низька самооцінка, прогули школи, тривожні розлади/депресія, агресивна та антисоціальна поведінка.

Тому дуже важливим завданням допомоги дітям із ГРДУ є розірвати це замкнене коло, сприяти навчанню їх важливих соціальних та інших життєвих навичок, їх позитивному психологічному розвитку та соціальній інтеграції. Саме тому групові тренінги соціальних навичок є одним із найбільш поширених психосоціальних втручань власне для дітей з ГРДУ, ефективність яких щодо зменшення соціальних проблем дитини доведена рядом досліджень (їх огляд див. у Bloomquist, 1996, с. 223-240), а аналізу принципів і технік проведення тренінгу присвячено ряд авторитетних посібників (Bloomquist, 1996; Braswell, 1991; Kendall, 1993). Втім важливо усвідомлювати, що саме навчання соціальних навичок може бути мало ефективне (це зокрема теж показано дослідженнями) – необхідною умовою ефективності тренінгу соціальних навичок є залучення батьків та педагогів у процес генералізації цих навичок шляхом заохочення їх застосування у щоденному житті.

Застосування групового формату тренінгів обумовлено насамперед важливістю здобуття дитиною позитивного соціального досвіду – не лише за допомогою навчання соціальних навичок, але й шляхом отримання можливості застосування їх у природному середовищі ровесників. Це важлива умова їхньої генералізації, тобто перенесення у звичне середовище життя дитини. Іншою важливою умовою є залучення батьків та вчителів у процес формування та заохочення застосування дитиною відповідних навичок та допомога їй у побудові соціальних стосунків. Як уже згадувалося у розділі про шкільні втручання, одним з найважливіших із них є цілеспрямована робота педагогів, спрямована на залучення дитини до колективу однокласників та розвиток у неї позитивної самооцінки та соціальних навичок.

Формат групових зустрічей та методика їх проведення детально описується у відповідних підручниках (Bloomquist, 1996; Braswell, 1991; Kendall, 1993; Barkley, 1996). Звичайно, щоби тренінг був ефективним і відбулася генералізація навичок у природному середовищі, тривалість занять повинна бути достатньо довгою – від 20-25 сесій і більше, щонайменше із частотою один раз у тиждень. Причому рекомендується далі проводити регулярні повторні зустрічі раз у місяць та рідше, а при можливості й повторні «цикли» уже на наступному віковому етапі розвитку дитини. Склад групи оптимальний у межах 6-8 дітей. Більша кількість дітей може значно утруднювати проведення групи. Тривалість зустрічі – в межах години-півтори. Дуже бажаною є присутність на занятті щонайменше двох фахівців, що обумовлено необхідністю встановлення поведінкових «рамочок» і потребою реагувати на поведінкові проблеми дітей. У нашому центрі ми використовуємо формат паралельних груп – для дітей та їхніх батьків, із об'єднанням наприкінці, а часом і спільними заняттями батьків та дітей на покращення спілкування в сім'ї, вирішення проблем та інші теми. Щодо вікового спектру групи, то бажано, щоби різниця коливалася у межах двох років. Звичайно тренінг соціальних навичок проводять у віковій категорії від 7-8 років і вище. Для дітей дошкільного віку навчання соціальних навичок відбувається в контексті безпосередньої взаємодії у групі ровесників – у дошкільному закладі, на ігровому майданчику, в групах ігрової психотерапії і т.п.

Формат проведення групи вимагає чіткої структури, інтерактивного стилю проведення з дотриманням базових поведінкових «рамочок», які дозволяють утримати поведінку дітей у межах спільно встановлених правил. Власне, одна з головних цілей групи – усвідомлення важливості правил у житті колективу та вдосконалення самоконтролю для їх дотримання. На початку занять із кожною новою групою в нашому центрі ми заохочуємо дітей самостійно визначити правила групи, а тоді

колективно їх підписати. Ми також установлюємо наслідки дотримання правил – дозвіл по завершенні заняття 10 хвилин провести в ігровій кімнаті (це для дітей дуже цінне заохочення). У випадку порушення правил дитина отримує попередження – «жовту картку» – і йде посидіти деякий час на кріслі. Наявність двох жовтих карток означає втрату можливості іти сьогодні до ігрової кімнати. Окрім того ми заохочуємо дітей за активну участь у роботі групи, в застосуванні соціальних навичок і т.п. за допомогою наклеювання усмішок. Їхня кількість може бути «конвертована» у додаткову кількість хвилин перебування в ігровій кімнаті і т.п.

Стиль ведення групи передбачає запровадження нових комунікативних навичок, їх підкріплення рольовими іграми і заохочення до застосування під час сесії. Також заняття містять компонент задання «теми зустрічі» та відповідні завдання (малюнки, анкети, спільні обговорення, рольові ігри і т.п.) з метою пропрацювання теми. При цьому під час роботи групи у дітей максимально підтримується дух співпраці, турботи один про одного, взаємоповаги. Часто діти отримують також і певні домашні завдання, які пропонують їм експериментувати з утіленням здобутих на занятті навичок у школі, сім'ї і т.д. Великий наголос робиться також на розвитку дитячої креативності – у проведенні груп широко використовуються елементи терапії творчими засобами. Ми також пропонуємо дітям у процесі заняття створити власну виставу про своє життя і т.п. Тож цикл групових зустрічей завершується великим сімейним святом, на яке запрошуються рідні, показується вистава, дітям вручаються дипломи і т.д.

Нижче наведено основні теми, над якими працює група. У той же час на паралельному занятті з батьками проговорюються ті ж теми і виробляються стратегії, як допомагати дитині з оволодінням тими чи іншими навиками. Інколи значна вираженість та невідкладність проблем вимагають проведення індивідуальної психотерапії з дітьми та підлітками – пере-

важно в індивідуальному форматі зустрічаються ті ж теми, що й у груповому, але увага більше сфокусована на конкретних труднощах дитини. Наявність у дитини емоційних розладів, порушень особистісного розвитку, вираженої негативної самооцінки є показом до індивідуальної психотерапії і цю модельність допомоги так само важливо використовувати у роботі з дітьми із ГРДУ. Детальнішу інформацію про принципи та особливості індивідуальної когнітивно-поведінкової терапії з дітьми та підлітками з ГРДУ можна знайти у відповідних підручниках (Braswell, 1991; Friedberg, 2002; Graham, 2005; Kendall, 1993, 2000).

Також важливо зазначити, що деякі теми найбільш оптимально вдається опрацювати у сімейному форматі – або на спільній групі дітей та батьків, або під час сесії сімейної психотерапії. Це, насамперед, вирішення проблем та конфліктів у сім'ї, спілкування, встановлення сімейних правил і т.д. Нижче наводиться перелік та короткий опис основних тем, які підлягають опрацюванню у форматі когнітивно-поведінкової терапії та тренінгу соціальних навичок дітей із ГРДУ – чи то груповому, чи індивідуальному, чи сімейному.

Уміння спілкуватися. Сюди насамперед належить тренінг комунікативних навичок – від невербальної взаємодії, встановлення зорового контакту, уміння вислуховувати, не перебиваючи, – до вміння ясно висловлюватися, давати зворотній зв'язок і т.д. Тренінг комунікації звичайно відбувається у форматі рольових інтерактивних ігор із подальшим заохоченням застосування здобутих навичок. Ми використовуємо також метод інтерактивного відеотренінгу з записом фрагментів спілкування та повторним їх переглядом та аналізом спільно з дітьми та батьками.

Уміння будувати стосунки. Це продовження попередньої теми з виразнішим акцентом на тому, що таке дружба, якими є справжні друзі, як відрізнити друзів від тих, хто тебе використовує, як навчитися бути другом, у який спосіб будується дружба і т.д.

Уміння вирішувати конфлікти. Дітям важливо усвідомлювати, що конфлікти є частиною будь-яких стосунків, а тому важливо уміти їх вирішувати у такий спосіб, щоби будувати стосунки, а не руйнувати. Тому звертається спеціальна увага на формування навиків уміння з'ясовувати конфліктні ситуації, відстоювати себе, будучи водночас відкритим до розуміння позиції інших, висловлювати у необразливий спосіб свої негативні почуття, приймати критику, правильно «виходити» з образ, розуміти інших, пробачати...

Розвиток інших соціальних навичок. Сюди належить уміння домовлятися, працювати в команді, вирішувати суперечливі, проблемні ситуації шляхом пошуку оптимальних рішень за принципом «загального добра», усвідомлення важливості правил, уміння ділитися, дотримуватися черги, турбуватися один про одного, вболівати один за одного, виявляти підтримку, співчуття і т.д. У залежності від віку дітей, індивідуальних особливостей цей перелік може мінятися, адаптуватися, у ньому можуть ставитися наголоси на тих чи інших уміннях. Більшість цих навичок упроваджуються в життя групи «тихо», між іншим, шляхом створення нагод для природного їх виявлення, моделювання...

Розвиток емпатії, розуміння інших. Для кожної дитини (та зрештою, і дорослої людини) це дуже важлива сфера – уміння розуміти, відчувати світ із позиції іншої людини, співчувати, не засуджувати, приймати інших із їхніми відмінностями і т.д. Дітям можна пропонувати різні рольові ігри та вправи на «зміну перспективи», а також казки, історії, фільми з подальшим аналізом, обговоренням тощо.

Багатьом дітям із ГРДУ, які мають проблему з агресивною поведінкою, притаманна схильність до «мальатрибуції» – швидкого приписування ворожих намірів діям іншої особи, що стає передумовою агресивних дій у відповідь. Важливою ціллю є допомогти дітям розрізняти, що є навмисне, а що ні у діях інших осіб, а також усвідомлювати різні складні мотиви.

які можуть стояти за тими чи іншими вчинками. Метою тренінгу є розширення толерантності, зменшення схильності до осудження інших та категоричності у сприйнятті людей. Чимало дітей із агресивною поведінкою ментально сприймають світ наче з військового бункера – ізоляція від інших, тенденційно вороже сприйняття, категоричні осудливі оцінки усіх їхніх дій та намірів ведуть лише до наростання негативного образу ворога та посилення ворожості. І часом ворожість таки посилює ворожість у відповідь і веде до справжніх маленьких і великих воєн... Чи ж то неправда, що усі війни починаються в дитинстві?.. Тому цей аспект роботи видається особливо важливим.

Уміння вирішувати проблеми. Багато дітей із ГРДУ діють у проблемних ситуаціях імпульсивно, непродумано. Тому для них дуже важливий аналіз проблемних ситуацій, метою якого є вироблення альтернативних до звичних, імпульсивних реакцій способів вирішення проблем. Для прикладу, на груповому занятті чи в індивідуальній терапії може розглядатися ситуація, коли на уроці хтось у тебе кидає папірці. Тоді група може запропонувати різні варіанти дій у відповідь. Кожен варіант спільно аналізується на предмет його позитивних і негативних характеристик, близьких та віддалених наслідків. Група може вибрати якийсь, на думку більшості, найбільш адаптивний варіант реакції, – наприклад, ігнорувати. Доцільно провести відповідну рольову гру – подивитися, чи спрацьовує. Якщо виникає імпульс, для прикладу, встати і дати здачі – пробувати виробити допоміжну стратегію – наприклад, повторювати про себе: «спокійно» (10 разів) тощо. На основі такого прикладу діти вчать застосовувати принцип «зупинись-подумай-дій» та виробляють навички вирішення проблем. Звичайно дітям також роздають матеріали для того, щоби практикуватися вдома (відповідна форма є і для батьків – див. додаток #3). Наступної зустрічі розглядаємо виконане домашнє завдання, з'ясовуємо, якими були успіхи/труднощі. Відповідно, формується список нових проблем і застосовується така ж послідовність дій.

Контроль агресії. Для тих дітей і підлітків із ГРДУ, які мають проблему з агресивною поведінкою, це може бути надзвичайно важлива тема для праці. Когнітивно-поведінкова терапія є ефективним методом допомоги щодо проблем із контролем агресії. Протоколи основних кроків до мистецтва «керування» злістю передбачають психоедукацію, усвідомлення наслідків агресивної поведінки та посилення мотивації до розвитку самоконтролю, аналіз «пускових» механізмів та більш адекватних способів вирішення проблеми, вироблення стратегій та навчання технік контролю над злістю (наприклад, уникнення ситуації, вербальні самоінструкції, методи з використанням дихання, керована експозиція і т.п.). Важливу роль відіграють також техніки когнітивної терапії, які допомагають більш адекватно сприймати ситуацію, краще розуміти мотиви інших людей, а також методи десенсибілізації до основних «тригерів» (наприклад, образливі слова і т.п.). Детально техніки когнітивної терапії та їх застосування у роботі з дітьми, що мають проблему з агресивною поведінкою, описані у відповідних підручниках (Kendall, 2000; Kassino, 2002).

Асертивність, уміння протистояти негативному тиску в групі. Це також важлива сфера для опрацювання з дітьми з ГРДУ. Багато з них, як уже згадувалося вище, легко піддаються впливові, маніпуляції, провокуванню з боку інших на недобрі вчинки. Отож завданням є допомогти дітям бути більш чутливими до того, у які взаємодії їх запрошують вступити, розрізняти доброзичливі і маніпулятивні наміри інших і відповідно уміти протидіяти останнім. Розвиток асертивності також є важливим, оскільки саме вміння твердо і доброзичливо водночас відстоювати себе та захищати інших є альтернативою агресивній поведінці. Важливо допомогти дітям усвідомити, що альтернативою агресії є не слабкість, а сила справедливості й добра. Звичайно, потрібно не просто говорити про це, але давати дітям змогу експериментувати шляхом драматизацій, рольових ігор та ін., щоби врешті вони змогли перенести ці нові взірці поведінки у щоденне життя.

Саморозуміння. Розвиток позитивної самооцінки. Уміння давати собі раду з негативними думками і т.д. Важливо допомагати дітям сприймати себе у позитивний спосіб без ідеалізації чи самознецінення. Важливо допомагати усвідомлювати свої сильні сторони, здібності, але також і свої обмеження, своє «ГРДУ», свої психологічні труднощі та завдання для зростання. Дитина потребує також психоедукації, але не тільки щодо ГРДУ, а й загалом щодо психогігієни, розуміння себе, того, як бути «самій собі психотерапевтом», допомагати собі з різними внутрішніми проблемами, справлятися зі стресом і т.д.

У залежності від вікового розвитку дітей їх можна навчати і більш складних технік когнітивної психотерапії, які звичайно використовуються у роботі з дорослими. Це насамперед уміння виявляти негативні, «шкідливі» думки (наприклад, «я – невдаха, ні на що не здатний» і т.п.), аналізувати їх та протидіяти їм за допомогою «добрих» думок (наприклад, «я зробив помилку, але можу її виправити; помиляються усі, це не означає, що я невдаха» і т.п.). У такий спосіб діти можуть не тільки навчатися основних технік психогігієни, але також у них виробляється і певний здоровий захист до негативного сприйняття іншими, підтримується здорова самооцінка. Якщо розвинулися вторинні емоційні розлади (тривожні, депресивні), порушення особистісного розвитку, дитині може бути показана, як уже згадувалося, індивідуальна когнітивна психотерапія, великою частиною якої і буде «звільнення» дитини від влади негативних думок, переконань та схильності спотворено, тенденційно сприймати дійсність і відповідно стереотипно, неадекватно відповідати на різні життєві ситуації.

Емоційна компетентність. З огляду на проблеми з регулюванням емоцій дітям із ГРДУ особливо корисною є допомога у розвитку емоційної компетенції – зокрема у розвитку здатності розпізнавати і називати свої почуття, розуміти їхню природу та можливий вплив на думки та вчинки; коли потрібно уміти «дистанціюватися» від почуттів, заспокоюватися; коли це необхідно – висловлювати почуття у належний спосіб і т.д.

Самоорганізація. Важливо також допомагати дитині в усвідомленні її проблем із самоорганізацією і, зокрема, виробляти адаптивні стратегії, які допомагають протистояти спокусі відволікатися, відкладати на потім, кидати незакінчену справу (наприклад, шляхом зовнішніх нагадувань, самоінструкцій та ін.), а також загалом планувати час, мати систему «запобіжників» у формі списків-нагадувань, таймерів, схем-інструкцій і т.д.

Моральний розвиток. Не можна залишити поза увагою і важливість сприяння здоровому моральному розвитку дитини, формуванню в неї етичних цінностей, альтруїзму. Звісно, це завдання є великим і реалізується усіма, хто є поруч із дитиною...

Усі ці вищезазначені завдання і теми є основою здорового психологічного розвитку дитини, передумовою її психічного та соціального здоров'я. Робота над ними не тільки сприяє вирішенню існуючих проблем, але значною мірою готує дитину до зустрічі з майбутніми проблемами, труднощами, життєвими випробуваннями. Звісно, такі навички не формуються одним циклом групових тренінгів, це навички, які підлягають постійному розвитку в контексті щоденного життя дитини. Тому надзвичайно важливо працювати не лише з дітьми, але, як уже не раз наголошувалося, і з батьками, щоби допомогти їм усвідомлювати важливість розвитку у дітей цих навичок та свою батьківську роль у цьому. Не менша роль належить і педагогам, учителям дитини. При цьому необхідно не забувати, що основою формування соціальних навичок є моделювання, а тому дорослі мають насамперед давати приклад дитині... Батькам також треба усвідомлювати, що дитину важливо оточити добрими моделями (як у реальному житті, так і «віртуальному» – на телеекрані, у комп'ютері і т.п.), а тому потрібно надзвичайно уважно ставитися до того, у якому реальному/віртуальному середовищі живе дитина, допомагати їй за потреби віднайти оптимальне середовище (наприклад, гуртки, секції, туризм, дитячі організації/ відповідні фільми, телесюжетні передачі, книги та ін.).

За кордоном є також доволі поширеною практика коротких, інтенсивних марафонів тренінгу соціальних навичок, наприклад, у формі літніх таборів і т.п. До проведення таких таборів інтенсивно залучаються різні громадські організації, волонтери з середовища молоді, студентів і т.п. Сподіваємось, що така практика прийде і в Україну, стане ознакою усе більшого оздоровлення суспільства, адже справді здорове суспільство – це суспільство, побудоване не за принципом осудження та маргіналізації, відкинення певних категорій людей, а суспільство, у якому визнається гідність та важливість кожної особи, суспільство взаємодопомоги...

Підсумок

- Розвиток соціальних навичок, успішна інтеграція дитини з ГРДУ в колектив ровесників є важливою передумовою її майбутнього соціального та психічного здоров'я.
- Тренінги соціальних навичок є важливою формою допомоги дітям із ГРДУ, їхня ефективність доведена рядом досліджень.
- Ефективність тренінгів є максимальною, якщо фахівці активно залучають до навчання дитини важливих соціальних навичок батьків та педагогів.
- Дітям із ГРДУ, які мають вторинні емоційні розлади, порушення особистісного розвитку рекомендується індивідуальна когнітивно-поведінкова терапія.
- Окрім базових соціальних навичок діти з ГРДУ потребують також допомоги в оволодінні цілим рядом інших важливих умінь – вирішення проблем, контролю агресії, самоорганізації і т.д. Методи когнітивно-поведінкової психотерапії є основою навчання цих навичок.

ПСИХОФАРМАКОТЕРАПІЯ ГРДУ

Психофармакотерапія при ГРДУ є одним із найбільш суперечливих питань у лікуванні цього розладу попри те, що саме це питання є одним із найбільш досліджених науково і на більшість «міфів» існують чіткі докази щодо їх спростування. У даному розділі автор не може ані аналізувати, ані детально наводити дані досліджень із огляду на великий об'єм такої роботи, що виходить за межі даного керівництва. Втім, усі рекомендації щодо психофармакотерапії, які будуть наводитися нижче, подаються автором на основі затверджених протоколів психофармакотерапії Європейської і Американської асоціацій дитячої та підліткової психіатрії, Американської асоціації педіатрії (див. *European clinical guidelines for hyperkinetic disorder*, 2004; *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1997, 2002, 2007; *American Academy of Pediatrics*, 2000, 2001). Ці протоколи складені на основі аналізу доказів ефективності тих чи інших препаратів, які застосовуються при лікуванні ГРДУ. Вимоги наявності доказової бази є основою сучасних підходів у психофармакотерапії психічних розладів.

Наявність доказової бази передбачає, що ефективність та безпеку препарату було доведено шляхом експериментальних досліджень. Сучасні вимоги до досліджень у цій сфері вимагають наявності контрольної групи для порівняння, застосування плацебо з метою виключення плацебо-ефекту та виключення суб'єктивності в оцінці динаміки симптомів шляхом забезпечення принципу «сліпоті». Тобто учителі і батьки, які оцінюють зміни в поведінці дитини, не знають, чи дитина насправді приймає препарат, чи ні, а якщо приймає, то – чи це плацебо, чи психофармакологічний засіб. Такі строгі вимоги обумовлені необхідністю справді знати, чи певний препарат допомагає, чи ні, – чи він без-

печний; а якщо допомагає, то чи це лише за рахунок плацебо-ефекту, чи власне фармакодинамічних властивостей препарату. Відповідно, на основі даних таких досліджень фахівці і батьки можуть робити вибір про доцільність застосування психофармакотерапії. А при ГРДУ це питання особливо важливе, бо йдеться переважно про тривалу психофармакотерапію, тут присутній не лише фінансовий аспект витрат коштів на препарати, що не допомагають, але й можливі ризики, пов'язані з побічною дією препаратів при довготривалому застосуванні та ін. Саме тому в сучасній дитячій психіатрії робиться такий великий наголос на призначення тільки тих препаратів і згідно з тими алгоритмами, ефективність і безпечність яких є доведені.

На жаль, в Україні принципи доказової медицини лише впроваджуються і більшість медикаментозних препаратів, які застосовуються у вітчизняній практиці при лікуванні дітей із ГРДУ (насамперед, це седативні, ноотропні та нейрометаболічні засоби) не мають жодних наукових доказів їх ефективності (принаймні, автор не знайшов жодного посилання на ці препарати в усіх сучасних терапевтичних протоколах та авторитетних підручниках із педіатричної психофармакотерапії (Bezchlibnyk-Butler, 2004; Kutcher, 2002; Green, 2007), які орієнтовані, власне, на принципи доказової медицини). Те саме стосується і конвенційних нейролептиків, які широко застосовуються в Україні притому, що їх узагалі не рекомендовано застосовувати при ГРДУ з огляду на спектр їхньої побічної дії: «Ризик, пов'язаний із застосуванням нейролептиків, звичайно значно переважає їхню імовірну користь» (Goldstein, 1998, с. 664). А з іншого боку, в Україні досі відсутні психостимулянти – найефективніші препарати для допомоги дітям із ГРДУ, що за кордоном застосовуються уже протягом шести десятиліть і їхня ефективність та безпечність доведена великою кількістю досліджень. Не доступний в Україні й інший, сучасніший, препарат «першого вибору» – атомoksetин*.

* Імовірно атомoksetин (Strattera) та психостимулянт метилфенідаг у формі повільного вивільнення (Concerta) з'являться в Україні до кінця 2008 року.

Автор хоче також наголосити, що наведені нижче рекомендації щодо застосування тих чи інших препаратів не є повною презентацією усіх аспектів психофармакотерапії ГРДУ, а лише стислим оглядом її основних засад. Проведення психофармакотерапії вимагає дотримання усіх сучасних принципів її застосування у дитячому віці, а тому нижченаведені ліки повинні застосовуватися з дотриманням усіх аспектів проведення медикаментозної терапії поведінкових розладів, які детально описані в базових підручниках з дитячої психофармакотерапії та спеціалізованих керівництвах із лікування ГРДУ (Bezchlibnyk-Butler, 2004; Kutcher, 2002; AACAP, 1997, 2002; Banashevski et al, 2004; Taylor et al, 2004; Goldstein, 1998; Barkley, 1996; Green, 2007).

Психофармакотерапія ГРДУ є єдиним методом лікування, який напряму діє на причини розладу і зменшує його симптоми шляхом підвищення концентрації нейромедіаторів норадреналіну та дофаміну в центральній нервовій системі – і відповідно, покращенням функціонування лобної кори та більш ефективним забезпеченням нею виконавчих функцій. Згідно з сучасними даними про етіологію ГРДУ не дивно, що докази ефективності мають наразі лише ті препарати, які регулюють активність нейромедіаторів норадреналіну та дофаміну.

Ефективність препаратів проявляється у зменшенні імпульсивності, гіперактивності, кращій концентрації уваги, регуляції емоцій. Спостерігаємо зниження ознак інших патогенетичних дефіцитів дитини з ГРДУ, а також вторинних наслідків розладу в основних сферах життя дитини. Отож, психофармакотерапія сприяє зменшенню поведінкових проблем у сім'ї та школі, покращенню академічної успішності, зменшенню соціальних проблем. Внаслідок цього покращується функціонування дитини (а також підлітків та дорослих з ГРДУ) в усіх сферах життя. Очевидно, що, покращуючи виконавчі функції, медикаменти не впливають напряму на середовище, а тому аж ніяк не замінюють необхідних психосоціальних втручань, особли-

во у випадках дисфункційності соціального середовища. Тому дуже важливо усвідомлювати, що у випадках, коли показана психофармакотерапія, вона повинна відбуватися лише в контексті необхідної допомоги батькам, специфічних заходів у школі, психоедукації, але в жодному разі не ізольовано як єдиний метод допомоги.

Психофармакотерапія при ГРДУ носить замісний характер – вона компенсує знижену концентрацію дофаміну та норадреналіну у нервових синапсах фронтальної кори головного мозку. В цьому плані важливо усвідомлювати, що психофармакотерапія дає ефект лише під час її використання, вона не виліковує, а лише нормалізує – так само, як компенсаторне введення інсуліну при цукровому діабеті не ліквідує хворобу, але нормалізує обмін речовин. Це не означає, що психофармакотерапія повинна бути позитивною, адже є ефект біологічного дозрівання центральної нервової системи, а відповідно, зменшення вираженості симптомів розладу. Маємо на увазі також ефект психосоціальних втручань, які можуть нормалізувати поведінку шляхом «адаптації» середовища. Тому доцільність продовження психофармакотерапії необхідно регулярно переглядати шляхом тимчасової відміни препаратів і спостереження за поведінкою дитини у відповідний період. Іноді, попри наявність симптомів ГРДУ, обумовлені ними проблеми та порушення функціонування є не настільки значними, щоби приймати рішення про продовження психофармакотерапії. Втім, у частині випадків ГРДУ необхідним є тривале, багаторічне проведення фармакотерапії.

Покази до психофармакотерапії при ГРДУ

Важливо усвідомлювати, що діагноз ГРДУ сам по собі не є показом до психофармакотерапії. Відповідно до сучасних протоколів медикаментозне лікування рекомендується у наступних випадках:

1. У шкільному віці (включаючи і підлітків з ГРДУ) психофармакотерапія показана при формах ГРДУ помірного

та вираженого ступеню важкості зі значними вторинними порушеннями функціонування – вона може застосовуватися як єдиний метод терапії або ж комбіновано з поведінковою терапією та іншими психосоціальними втручаннями (комбінована терапія особливо важлива у випадках супутньої сімейної дисфункції та наявності коморбідних розладів у дитини), або ж при легких формах після впровадження пакету поведінкових втручань за умови недостатньої ефективності останніх.

2. В цілому психофармакотерапія не показана як стартове втручання у дошкільному віці (3–6 років), за винятком тих випадків, коли вираженість симптомів ГРДУ створює серйозні проблеми і перешкоджає нормальному розвитку дитини, її соціальній адаптації і т.д. Тоді медикаменти застосовуються уже після проведення комплексу психосоціальних втручань, включаючи поведінкову терапію, за умови недостатньої ефективності останніх.

Важливо усвідомлювати, що остаточне рішення про застосування психофармакотерапії приймають батьки. Часто вони можуть відмовлятися, мати упередження щодо останньої. У цих випадках важлива психоедукація батьків, надання їм інформації щодо усіх «за і проти» фармакотерапії. Якщо батьки відмовляються від фармакотерапії попри те, що наявні покази до її призначення, важливо поважати їхнє рішення і запропонувати застосувати насамперед пакет психосоціальних втручань, а тоді за умови, що ефект останніх виявиться недостатнім і у дитини й надалі будуть спостерігатися значні порушення функціонування, за якийсь час повернутися до питання призначення ліків.

Основні препарати для лікування ГРДУ

З усіх препаратів, ефективність яких показана в дослідженнях, з огляду на силу ефекту, безпечність, вираженість симптомів побічної дії, усі препарати можна поділити на декілька груп:

1. Препарати першого вибору, які рекомендовані насамперед як найбільш ефективні та безпечні. До них належать психостимулянти та атомоксетин.
2. Препарати другого вибору, ефективність яких є також доволі високою, але не такою, як у препаратів із першої групи, встановлена лише частково, або ж у них дещо менш прийнятний «профіль» симптомів побічної дії. До цієї групи належать насамперед трициклічні антидепресанти (зокрема, іміпрамін), антидепресант велбутрін, агоністи центральних альфа₂-адренорецепторів клонідин та гуанфацин.
3. Препарати третього вибору, ефективність яких встановлена лише частково, перебуває в процесі дослідження або ж профіль побічної дії цих ліків ускладнює безпечне застосування цих препаратів. Ці препарати можуть бути застосовані для лікування ГРДУ, що супроводжується певними супутніми розладами, або ж у випадках непереносимості/неефективності препаратів попередніх груп. До препаратів третього вибору відносяться інгібітори моноамінооксидази, венлафаксин, буспірон, карбамазепін, рісперідон та деякі інші. Важливо зазначити, що поширена в Україні практика застосування конвенційних нейролептиків (для прикладу, сонапаксу) у дітей з ГРДУ не є підтримана сучасними протоколами терапії, більше того в них вона зазначена, як така що не рекомендується (Barkley, 2006, с. 672).

Сучасні протоколи психофармакотерапії при ГРДУ (Pliszka et al, 2006; AACAP, 2007) включають лише препарати першого та другого вибору. Згідно з протоколом варто розпочинати з психостимулянтів як препаратів, які є найбільш ефективними на сьогодні (ступінь ефективності – зменшення симптомів ГРДУ на 90%, відсоток дітей, чутливих до терапевтичної дії психостимулянтів – 70% на метилфенідат, 70% до амфетамініну, і до 85% при почерговій пробі обидвох). Отож, на першій стадії

фармакотерапії рекомендують розпочинати з метилфенідату або з амфетаміну, при неефективності одного з них на другій стадії випробувати той психостимулянт, який не пробували на початку. При неефективності обох психостимулянтів на третій стадії пропонується застосування атомоксетину (60% редукції симптомів ГРДУ, відсоток дітей, чутливих до терапевтичної дії теж 60%; із тих дітей, що не реагують на психостимулянти – 40% від загальної кількості дають позитивний результат на атомоксетин). Як буде представлено нижче у розділі про атомоксетин, цей препарат у багатьох випадках може застосовуватися і як стартовий – зокрема, при супутніх тіках, тривожних розладах, ризикові зловживання психостимулянтами та ін.

**Протокол психофармакотерапії ГРДУ
(за Pliszka et al, 2006):**

- 1-а стадія: психостимулянти – метилфенідат або амфетаміни
- 2-а стадія: той із психостимулянтів, який не застосовувався на 1-ій стадії
- 3-я стадія: атомоксетин
- 3А стадія: атомоксетин + психостимулянти
- 4-а стадія: трициклічні антидепресанти або велбутрін
- 5-а стадія: той антидепресант, що не був використаний на 4-ій стадії
- 6-а стадія: альфа-агоністи (клонідин або гуанфацин)

При частковому ефекті стимулянтів/атомоксетину як стадія 3А пропонується комбіноване застосування цих препаратів, хоча наразі така практика є малопоширеною і існує недостатньо обґрунтованих даних про її безпечність та ефективність.

При неефективності ж обох груп препаратів першого вибору пропонується перехід на четверту стадію, на якій рекомендується застосувати один із антидепресантів – або з групи трициклічних (для прикладу, іміпрамін), або велбутрін. При недостатньому чи відсутньому ефекті на 5 стадії пропонується увести той із антидепресантів, який не застосовувався на 4 стадії. І при неефективності цих стратегій на шостій стадії

пропонується застосування альфа-агоністів (клонідин або гуанфацин). Першовибір антидепресантів перед альфа-агоністами пов'язаний з їхньою дещо вищою ефективністю (70% редукції симптомів ГРДУ у порівнянні до 50% у альфа-агоністів). Втім, у клінічних ситуаціях, на думку автора, альфа-агоністи (зокрема гуанфацин) можуть бути застосовані ще перед антидепресантами з огляду на їхню більшу безпечність (трицикліки мають ризик кардіотоксичності, а велбутрін, на жаль, в Україні доступний лише у формах, які дозволяють його застосування у дорослих, але унеможливають підбір необхідних доз для дітей) і більш сприятливий профіль симптомів побічної дії, а також і з огляду на їхню можливу ефективність щодо коморбідних розладів (зокрема альфа-агоністи ефективні щодо тіків, тривожних розладів, агресивної поведінки). При неефективності усіх препаратів першого та другого вибору рекомендується консиліум з метою прийняття рішення про вибір стратегії подальшого лікування.

Принципи психофармакотерапії ГРДУ

1. Психофармакотерапія повинна здійснюватися в контексті партнерських стосунків лікар-батьки, психоедукації батьків та прийняття рішення останніми на основі володіння усією інформацією «за і проти».
2. Психофармакотерапія повинна застосовуватися за показами відповідно до сучасних протоколів, що розроблені на основі даних доказової медицини.
3. Психофармакотерапія повинна застосовуватися в контексті психосоціальних втручань, а не ізольовано як єдиний засіб допомоги.
4. Психофармакотерапія повинна проводитися в контексті психоедукації батьків та дитини щодо механізму дії ліків, очікуваного результату, можливих побічних ефектів і т.п.
5. Психофармакотерапія повинна враховувати індивідуальні особливості дитини, наявність протипоказів, коморбідних розладів і т.д.
6. Психофармакотерапія, щоб бути ефективною, повинна проводитися в межах ефективних доз, відповідного режиму прийому, тривалості застосування тощо.

7. Психофармакотерапія повинна супроводжуватися адекватним моніторингом її ефективності та безпечності. При потребі може бути необхідним відміна/заміна препарату/доза і т.п.
8. Психофармакотерапія повинна супроводжуватися моніторингом можливої побічної дії ліків і вимагати відповідно корекції дози, режиму прийому та ін. з метою мінімізації симптомів побічної дії.
9. Рішення про тривалість та необхідність припинення/продовження психофармакотерапії повинно регулярно переглядатися.
10. В разі відсутності значних проблем поза школою на час шкільних канікул може прийматися рішення про тимчасові «канікули» і в медикаментозній терапії. З початком нового навчального року можна якийсь час поспостерігати, наскільки виражені проблеми дитини в школі, і тоді приймати рішення про необхідність продовження лікування.

Психостимулянти

Психостимулянти є препаратами першого вибору при лікуванні ГРДУ і уже шість десятиліть ефективно застосовуються як кордоном для лікування цього розладу. Понад 200 досліджень однозначно підтвердили їхню безпечність та ефективність у зменшенні симптомів ГРДУ (див. огляд у Taylor et al, 2004; Kitcher, 2002). За кордоном це найбільш уживані у дитячій психіатрії медикаменти. За розрахунками щорічно близько 1.5 млн дітей загалом, 2.8% дітей віком від 5 до 12 років приймають психостимулянти (Barkley, 2006, с. 608). Парадокс у тому, що, на жаль, в Україні ці ліки на даний момент недоступні, що суттєво обмежує можливість вітчизняних дитячих психіатрів надавати ефективну допомогу дітям із ГРДУ.

Механізм дії психостимулянтів полягає у блокуванні зворотнього захоплення катехоламінів пресинаптичними нервовими закінченнями (шляхом блокування білка-транспортера) і, відповідно, їх розщеплення моноаміноксидазою. Внаслідок цього підвищується концентрація як норадреналіну, так і дофаміну в синаптичній щілині. Окрім того, один з підвидів

психостимулянтів – амфетаміни – стимулюють вивільнення дофаміну з пресинаптичних везикул, у такий спосіб додатково збільшуючи концентрацію останнього у синаптичній щілині. Такий дещо відмінний механізм дії підвидів психостимулянтів пояснює той факт, що у випадках резистентності до одного підкласу можлива терапевтична реакція на інший підклас. Саме тому рекомендовано при неефективності метилфенідату або амфетамінів, перш ніж переходити на інший клас ліків, спробувати той із психостимулянтів, що не використовувався попередньо.

За фармакокінетичними властивостями більшість психостимулянтів є ліками, які швидко адсорбуються і уже через 20-30 хвилин настає їхня дія з піком ефекту протягом 1-2 годин від моменту прийому та припиненням дії через 3-4 години. Такі фармакокінетичні властивості обумовлювали необхідність двотрикратного прийому на день, що створювало значні незручності – адже забезпечити прийом препарату дитиною в школі може бути складно не тільки організаційно, але й дає певні підстави до стигматизації дітей, а відповідно їхньої відмови приймати ліки. Саме такі труднощі обумовили появу сучасних препаратів тривалої дії, які дозволяють однократний прийом препарату зранку. На даний момент застосування тривало діючих препаратів стало стандартом фармакотерапії ГРДУ. До таких препаратів належить зокрема і Concerta, яка містить метилфенідат і яка за допомогою спеціального механізму осмотичного вивільнення забезпечує рівномірну концентрацію метилфенідату у плазмі протягом 12 годин. Це дозволяє ефективно контролювати симптоми ГРДУ як під час навчання у школі, так і у вечірній час вдома. Рівномірність концентрації запобігає можливим «стрибкам» концентрації метилфенідату у плазмі, яка часто має місце при прийомі форм короткотривалої дії, і з якими пов'язані відповідні коливання симптомів ГРДУ протягом дня. Поступове, плавне вивільнення метилфенідату зменшує також прояв симптомів побічної

дії і в цілому при застосуванні препаратів довготривалої дії переносимість психостимулянтів є кращою – лише 1% дітей, що приймали цей препарат, перестали приймати його з огляду на симптоми побічної дії (порівняно до 3% у дітей, що приймали форми швидкої дії). Розроблена також форма сповільненого вивільнення для підвиду амфетамінів – Adderall XR.

Те, що безпосередня фармакодинамічна дія психостимулянтів на пряму пов'язана з корекцією обміну дофаміну та норадреналіну в головному мозку, порушення якого є доведеним патогенетичним фактором у походженні симптомів ГРДУ, пояснює високу ефективність цих препаратів. Тому на даний момент психостимулянти є найефективнішим методом терапії ГРДУ, який дає значиму редукацію симптоматики розладу (до 90%). Дослідження показали (див. огляд у Barkley, 2006, с. 615-617), що психостимулянти дають наступний терапевтичний ефект:

- ♦ Вони зменшують симптоми ГРДУ (імпульсивність, неухважність, гіперактивність), що веде до покращення поведінки дитини як удома, так і в школі.
- ♦ Як наслідок – покращується взаємодія між батьками та дитиною, зменшується рівень конфліктів, опозиційної поведінки.
- ♦ Покращується поведінка дитини у школі, зменшуються академічні проблеми, пов'язані з неухважністю, підвищується академічна продуктивність.
- ♦ Зменшення симптомів ГРДУ веде також до покращення якості соціальної взаємодії дитини з ровесниками, батьками та учителями.
- ♦ Психостимулянти дають також виражений ефект щодо зменшення імпульсивної агресії у дітей з ГРДУ, їхньої схильності до емоційних «вибухів». Як наслідок цього зменшується частота конфліктів між дітьми та їхнім соціальним оточенням.

Важливо також зазначити, що ефективність психостимулянтів доведена не лише в групі дітей шкільного віку, але й

серед підлітків та дорослих з ГРДУ. Психостимулянти також ефективні у дошкільному віці (3-6 років), але чутливість дошкільнят до терапевтичної дії психостимулянтів є дещо нижчою, симптоми побічної дії трапляються дещо частіше. Терапевтична доза часто є значно нижчою, ніж для школярів (0.25-0.7 мг/кг/добу для дошкільнят у порівнянні з 0.5-2 мг/кг/добу для школярів). Психостимулянти ефективні також щодо симптомів ГРДУ у дітей з інтелектуальною недостатністю легкого ступеня. При більш виражених ступенях розумової відсталості вони мало ефективні і можуть навпаки, посилювати дезорганізацію поведінки. Так само нижчу ефективність і більшу частоту побічної дії мають психостимулянти у дітей з розладами спектру аутизму. Тому призначення психостимулянтів останній групі повинно бути дуже обережним. У дітей та підлітків із психотичними розладами, а також біполярним розладом психостимулянти можуть спровокувати психотичний епізод/ епізод манії – тому для дітей цієї групи вони протипоказані. У дітей та підлітків з коморбідним ГРДУ та біполярним розладом призначення психостимулянтів можливе лише після медикаментозної стабілізації біполярного розладу на препаратах нормотимної дії (вальпроати, літій, карбамазепін, атипіві нейролептики та ін.).

Попри те, що психостимулянти є безпечними та ефективними ліками, довкола них існує багато міфів і контраверсійних поглядів.

Основні міфи про психостимулянти:

1. *Психостимулянти є наркотиками, викликають у дитини «наркотичний» стан, призводять до uzалежнення.* Насправді психостимулянти можуть бути використані підлітками та дорослими у високих дозах (у таких, що в декілька разів перевищують терапевтичні для дітей) з метою досягнення стану «ейфорії». Втім, дітям для лікування ГРДУ призначають невеликі дози, які не приводять до такого стану. Лише у незначної частини дітей при засто-

суванні більш високих доз може спостерігатися ейфоричний стан, але це є рідкістю і корегується зниженням дози. Щодо того, що діти, які приймають психостимулянти, виростуть «наркоманами», то насправді лонгітудинальні дослідження показали (див. огляд у Taylor et al, 2004), що діти, які вживали психостимулянти у дитинстві, мають менший ступінь ризику розвитку вживання психоактивних речовин у підлітковому та дорослому віці, ніж діти з ГРДУ, що не вживали психостимулянтів.

2. *Психостимулянти є небезпечними ліками.* В цілому психостимулянти є доволі безпечними медикаментами. Можлива побічна дія психостимулянтів проявляється «доброякісними», переважно додозалежними симптомами (порушення сну, апетиту та ін.), які не становлять загрози ані життю дитини, ані її розвитку чи здоров'ю. Ті психостимулянти, які мають ризик більш серйозних ускладнень (з пемоліном пов'язаний ризик гепатонекрозу) на даний момент не застосовуються в практиці і вилучені з ринку. Психостимулянти (зокрема амфетаміни) несуть ризик серйозних ускладнень у пацієнтів зі структурними серцевими вадами, тому серцеві захворювання є протипоказом до застосування психостимулянтів. Щодо здорових дітей та підлітків психостимулянти не шкодять їхній серцево-судинній системі.
3. *Побічна дія психостимулянтів переважає користь від їхнього застосування.* Насамперед, важливо зазначити, що будь-які ліки у деяких дітей можуть супроводжуватися побічними симптомами. Якщо вони виражені, спричиняють значний дискомфорт, який не можна зменшити (наприклад, шляхом корекції дози), то медикамент відміняється. Втім, при застосуванні психостимулянтів повна непереносимість зустрічається дуже рідко (1-3%). А більшість симптомів побічної дії корегується шляхом підбору оптимальної дози. Ризик виникнення побічної дії вищий у дітей, які мають протипокази до призначення психостимулянтів – а тому, призначаючи ці ліки, необхідно враховувати всі ці фактори, як і здійснювати ретельний моніторинг можливих симптомів побічної дії та застосовувати методи їхньої корекції.
4. *Психостимулянти призводять до порушення фізичного розвитку (ріст, вага).* Насправді тривале застосування може дещо сповільнювати ріст дитини під час прийому

ліків, але у цілому дослідження показали (див. огляд у Kutcher, 2002), що вплив психостимулянтів на ріст дитини в дорослому віці є дуже незначним, а в тих дітей, де відставання більш виражене, необхідно це виявляти в процесі моніторингу і тоді робити «медикаментозні канікули» чи переходити на інший препарат.

5. *«Психостимулянти не вирішують проблем дитини, треба її правильно виховувати, а не ліки давати».* Насправді застосування психостимулянтів ніколи не повинно бути ізольованим втручанням для дітей із ГРДУ і визнання їхньої необхідності в окремих випадках аж ніяк не знецінює важливості психосоціальних заходів. Застосування психостимулянтів є доповненням до психосоціальних програм допомоги, коли значна вираженість симптомів ГРДУ не дозволяє достатньою мірою зменшити проблеми дитини у різних сферах життя, а тому опиняється під загрозою її академічне, соціальне функціонування і т.д.

Основні симптоми побічної дії психостимулянтів – це зниження апетиту (тому рекомендується приймати їх після їжі для мінімізації цього ефекту), відчуття нудоти та болю в животі, дратівливості та порушення сну у формі труднощів із засинанням (відповідно рекомендують останню дозу для препаратів короткої тривалості дії давати не пізніше 14:00-15:00). Більш рідкісні симптоми побічної дії – виражена тривога, неспокій, ейфорія, депресивний настрій, емоційна загальмованість (стан «зомбі») – можуть бути причиною відміни психостимулянтів (в клінічній практиці це має місце дуже рідко – у 1-3% дітей). При чому з відміною психостимулянтів ці симптоми повністю зникають. При довготривалому застосуванні психостимулянти можуть незначно сповільнювати ріст та набуття маси тіла – тому при тривалому прийомі необхідний моніторинг росту та ваги.

Застосування психостимулянтів може супроводжуватися незначним підвищенням пульсу та артеріального тиску. Як уже згадувалося, протипоказом до застосування цих ліків є захворювання серцево-судинної системи. Так само умовним протипоказом є застосування психостимулянтів у дітей із вираже-

ними тіками та синдромом Жілля де ля Туретта (або з генетичною схильністю до цього розладу) – у 30% з них психостимулянти можуть сприяти посиленню тіків. Описані рідкісні (до 1%) побічні реакції при застосуванні високих доз у формі психотичних реакцій, що повністю минали при відміні препарату. Єдиний психостимулянт, який має ризик гепатотоксичності у дітей – це Remoline, у зв'язку з цим на даний момент він вилучений з ринку. Психостимулянти протипоказані при алергії до цих препаратів, а також для осіб, що приймали протягом останніх 14 днів інгібітори MAO, а також для осіб з глаукомою.

Позитивний ефект психостимулянтів має місце у 85% дітей із ГРДУ при пробі двох психостимулянтів, окремо на метилфенідат/амфетаміни ефект присутній у 70% дітей. При неефективності одного психостимулянта рекомендовано перейти на інший. І лише при двох неефективних спробах – на препарат із іншої групи. Відмінити психостимулянти після тривалого застосування необхідно шляхом поступового зниження дози з огляду на можливу реакцію відміни у формі безсоння, дисфорії та посилення симптомів ГРДУ.

При призначенні психостимулянтів важливо попередити батьків та дитину, що підбір дози триватиме близько місяця, і це вимагатиме регулярних щотижневих візитів. Після підбору ефективної дози важливі щомісячні зустрічі для моніторингу ефективності/симптомів побічної дії.

Якщо раніше тенденцією було призначати психостимулянти лише на ті дні, коли дитина в школі, а на вихідні та канікули відмінити препарат, то зараз рекомендується у випадку виражених порушень та поведінкових проблем поза школою продовжувати прийом препарату і на час вихідних, і на час канікул. Щороку важливо переглядати рішення про необхідність подальшого прийому психостимулянтів. Для цього можна відмінити їх на якийсь час і тоді поспостерігати, як дитина функціонує без них. Часом, особливо при важких формах ГРДУ, прийом психостимулянтів може бути показаний

Дозування психостимулянтів:

Хімічна назва	Methylphenidate	Dexmethylphenidate	Dextroamphetamine
Торгова назва	Ritalin Metadate Concerta	Focalin	Adderall Dexedrine
Форма випуску (таблетки, мг)	Ritalin: 5, 10, 20 Concerta: 18, 27, 36, 54	2.5, 5, 10	5, 10, 15, 20
Схема призначення	<p>Для дітей від 6 років: почати з 5 мг один або два рази на день (вранці та в обід) і збільшувати дозу на 5-10 мг на тиждень до досягнення бажаного клінічного ефекту/ гранично допустимої дози. Звичайно оптимальна разова доза в межах 0.3-0.7 мг/кг, добова 0.5-2 мг/кг/добу в два-три прийоми. Максимальна доза до 60 мг. Для дітей віком 3-6 років початкова доза і доза для титрування 2.5 мг (середня добова 0.5 мг/кг/добу).</p> <p>Для препарату Concerta прийом 1 раз на день зранку – починати з дози 18 мг, тоді, при недостатньому ефекті, поступово переходити на 27, 36, 54 мг. Перехід на вищу дозу через 7 днів прийому попередньої дози при недостатньому клінічному ефекті. Препарат Concerta застосовується у дітей від 6 років.</p>		
Терапевтична доза	звичайно в межах 5-40 мг на день (0.25-1.0-2 мг/кг/добу у два – три прийоми. Рідко є необхідність доз до 60 мг на добу.	в межах 5-20 мг на добу.	в межах 5-25 мг на добу (0.3-1.5 мг/кг/добу в 2-3 прийоми)

упродовж кількох років, включаючи і підлітковий вік, а при виражених труднощах у дорослих – і в дорослому віці.

Відповідно до росту дитини, збільшення маси тіла може бути необхідним регулярне підвищення дози. Розвиток симптомів побічної дії може вимагати спроб їх корегувати. Так, порушення апетиту можна корегувати призначенням симулянтів з їжею, переносом більшої частини денного раціону їжі на вечір, коли дія симулянтів відсутня. Така стратегія посилених вечерь може також попереджати проблеми зі зменшеннями ваги/сповільненням її набуття. Безсоння можна корегувати як більш раннім часом прийняття дози психостимулянтів, так і – при виражених проблемах із засинанням – призначенням на ніч препаратів зі снодійним ефектом – мелатоніну, клонідину/гуанфацину, мітразапіну, протигістамінних препаратів. Якщо при моніторингу росту спостерігається значне відставання, то можна рекомендувати відміну на певний час стимулянтів або ж перехід на препарати з іншої групи. Перехід на препарат іншої групи (зокрема атомoksetин) показаний і при наявності інших виражених симптомів побічної дії, які спричиняють пацієнтові значний дискомфорт і не піддаються корекції шляхом регуляції дози чи іншим способом. Призначення психостимулянтів для дітей із тіками в цілому є протипоказане з огляду на те, що психостимулянти можуть посилювати тіки/провокувати їхню появу у пацієнтів, схильних до них. У цих випадках альтернативою може бути призначення атомoksetину, альфа-агоністів, іміпраміну. В окремих випадках, коли інші препарати неефективні, а застосування психостимулянтів є важливим з огляду на вираженість симптомів ГРДУ, тоді як тіки виражені незначно, можна комбінувати призначення психостимулянтів та альфа-агоністів. Такої ж обережності слід дотримуватися при застосуванні психостимулянтів у дітей із судомами – вони можуть дещо підвищувати судомний поріг, а тому їх слід призначати лише при забезпеченні контролю над судомами за допомогою антиконвульсантів. Відповідно необхідне більш обережне титрування дози.

При прийомі психостимулянтів інколи спостерігається синдром «віддачі», коли симптоми ГРДУ посилюються у вечірній час після того, як концентрація препарату в плазмі падає. У таких випадках можна пробувати корегувати режим дозування, а якщо синдром відміни особливо виражений, переходити на інші препарати (зокрема атомоксетин).

Атомоксетин (Strattera)

Це новітній препарат, розроблений виключно для лікування ГРДУ, причому перший препарат, офіційно затверджений для лікування ГРДУ не тільки у дітей та підлітків, але й у дорослих. Механізм його дії полягає у блокуванні зворотнього захоплення норадреналіну, він селективно підвищує концентрацію як норадреналіну, так і дофаміну у лобній корі, при цьому не підвищуючи концентрацію останнього у базальних гангліях, з чим пов'язують його здатність не посилювати тіки. На відміну від психостимулянтів атомоксетин не викликає ейфорії, можливість зловживання ним як психоактивною речовиною нульова. Атомоксетин може бути одномоментно відмінений без поступового зниження дози, оскільки при ньому відсутній синдром відміни. Не описані також психотичні реакції – та й загалом препарат вважається безпечним, він не є кардіотоксичним і в цілому добре переноситься (відміна через побічну дію лише у 2.3% дітей) і має відносно «м'який» спектр симптомів побічної дії (сонливість, відчуття нудоти, тимчасове погіршення апетиту, сухість у роті, головний біль та ін.). При цьому клінічна ефективність цього препарату, як у дітей, так і у дорослих, є доволі високою, хоч і дещо нижчою за ефективність психостимулянтів (60% у порівнянні до 90% зменшення симптомів ГРДУ). Втім, за ціною цей препарат дещо дорожчий, ніж психостимулянти. Попри дещо нижчу ефективність, іншим його недоліком у порівнянні до психостимулянтів є те, що ефект від лікування розвивається не відразу, а за декілька днів – тижнів: в цілому повний ефект оцінюється аж по 4-6 тижнях

прийому препарату. За фармакокінетичними характеристиками атомoksetин є препаратом тривалої дії, що при одно-дворазовому дозуванні забезпечує його дію «24 години на добу», і це має також важливе клінічне значення – зокрема, при прийомі атомoksetину нема «стрибків» симптомів та різких змін поведінки дитини, які бувають при прийомі психостимулянтів (зокрема з коротким періодом дії) і які пов'язані з тим, що поведінка дитини міняється у відповідності до стрибків концентрації психостимулянтів у крові дитини.

Наведені характеристики атомoksetину відводять йому важливу клінічну роль у лікуванні ГРДУ (Banashovski et al, 2006):

1. Атомoksetин показаний як препарат першого вибору, коли є ризик зловживання психостимулянтами (наприклад, у підлітків з ГРДУ, які вживають наркотики), за наявності коморбідних тіків, синдрому Жілля де ля Туретта, супутніх тривожних розладів (стимулянти так само можуть посилювати тривогу, натомість атомoksetин має протитривожну дію), порушення сну.
2. Атомoksetин може бути препаратом першого вибору також у тих випадках, коли необхідна дія препарату протягом «24 години на добу» – зокрема при наявності вираженої проблемної поведінки перед сном чи рано-вранці.
3. Атомoksetин може бути також вибраний батьками як препарат першого вибору за умови, що вони з певних причин не бажають, щоб їх дитина приймала психостимулянти чи їм більш прийнятний «профіль побічної дії» препарату у порівнянні до такого психостимулянтів.
4. Атомoksetин може виявитися необхідним як препарат другої лінії у випадках, коли була проба психостимулянтів, але вони виявилися неефективними, або коли наявна виражена побічна дія психостимулянтів, яку не вдається відкорегувати шляхом змін у дозуванні і т.п.

Дозування атомoksetину (Strattera, капсули по 10, 18, 25, 40 і 60 мг): почати з дози 0.5 мг/кг/добу у один або два прийо-

ми (вранці перед виходом до школи і вдруге близько 16:00-18:00), через 4 дні підняти до дози 1 мг/кг, і ще через чотири дні до 1.2 мг/кг/добу, але не більше 100 мг на день. Підвищувати дозу можна і більш плавно – що сім днів. При частковому ефекті за 6 тижнів терапії можна довести дозу до 1.4 мг/кг, але перевищувати цю дозу не рекомендується. Звичайно пропонується одноразовий прийом. Двократний прийом може бути необхідний у випадках появи симптомів побічної дії, такий прийом зумовлює дещо кращу переносимість препарату. Пригадаймо, що, на відміну від психостимулянтів, ефект від застосування атомoksetину розвивається поступово протягом двох-чотирьох тижнів прийому препарату.

При прийомі атомoksetину немає потреби в біохімічному моніторингу. При довготривалому прийомі рекомендується лише стежити за зростом та вагою – двічі на рік, оскільки в окремих дітей можливе незначне відставання у окремих дітей (хоча у кількісно великих групах дітей під час досліджень не виявлено суттєвої відмінності у кривих росту та маси тіла). У тих випадках може бути потрібна корекція дози, тимчасова відміна або ж перехід на інші препарати. Прийом атомoksetину може бути пов'язаний із незначними коливаннями артеріального тиску, як у бік зниження, так і підвищення – знову ж таки вони звичайно мінімальні, але у випадку, якщо дитина скаржиться на запаморочення чи хворіє серцево-судинним захворюванням, може виявитися необхідним моніторинг артеріального тиску. Як уже згадувалося, атомoksetин в цілому є безпечним препаратом, у якого відсутній ризик серйозної побічної дії. Єдиним серйозним ускладненням, яке було виявлено за час його застосування – це два випадки токсичного гепатиту (обидва були вилікувані без ускладнень) на 3.7 мільйони пацієнтів, що приймали цей препарат. З обережністю треба призначати атомoksetин пацієнтам, що мають ризик судом, оскільки він може їх спровокувати. Як рідкісна побічна дія можливе також виникнення/загострення агресивної/суїцидаль-

ної поведінки (0.44%) – хоч такі випадки також є доволі рідкісними, але ведучи пацієнтів, які приймають атомоксетин, завжди важливо питати про появу цих можливих симптомів побічної дії. Метаболізм атомоксетину пов'язаний із системою цитохрома P450 2D6, у зв'язку з чим ліки, що впливають на цю систему, зокрема інгібітори зворотнього захоплення серотоніну, при одночасному прийомі можуть призводити до підвищення концентрації атомоксетину в крові, а тому необхідне зменшення добової дози останнього.

Трициклічні антидепресанти

З-поміж препаратів цієї групи, що застосовуються для лікування ГРДУ за кордоном (desipramine, nortriptyline) в Україні наявний лиш іміпрамін (melipramine, таблетки по 25 мг). Дослідження підтвердили відносно високу ефективність цих препаратів при ГРДУ (у до 70% дітей спостерігається значне покращення), яка тільки дещо нижча від ефективності психостимулянтів (див. Goldstein, 1998, с. 501-506). Втім, у порівнянні з останніми більший ефект спостерігається щодо поведінкових, аніж когнітивних симптомів. Тому тривалий час трициклічні антидепресанти були другими в списку після психостимулянтів як препарати, рекомендовані при лікуванні ГРДУ. Механізм їхньої дії пов'язаний із блокуванням зворотнього захоплення норадреналіну.

Втім, застосування трициклічних антидепресантів пов'язане з певним ризиком кардіотоксичності та розвитку аритмії, а тому вимагає ретельного ЕКГ-моніторингу як до початку, так і під час проведення терапії. Застосування трицикліків може супроводжуватися ортостатичною гіпотензією та симптомами, обумовленими їхньою холінолітичною дією (сухість у роті, закрепи та ін.). Особливу увагу слід приділяти умовам зберігання трицикліків, оскільки їх передозування смертельне. Ці препарати можуть так само знижувати судомний поріг, а тому наявність епілептичної активності є протипоказом до їх застосування.

ми (вранці перед виходом до школи і вдруге близько 16:00-18:00), через 4 дні підняти до дози 1 мг/кг, і ще через чотири дні до 1.2 мг/кг/добу, але не більше 100 мг на день. Підвищувати дозу можна і більш плавно – що сім днів. При частковому ефекті за 6 тижнів терапії можна довести дозу до 1.4 мг/кг, але перевищувати цю дозу не рекомендується. Звичайно пропонується одноразовий прийом. Двократний прийом може бути необхідний у випадках появи симптомів побічної дії, такий прийом зумовлює дещо кращу переносимість препарату. Пригадаймо, що, на відміну від психостимулянтів, ефект від застосування атомoksetину розвивається поступово протягом двох-чотирьох тижнів прийому препарату.

При прийомі атомoksetину немає потреби в біохімічному моніторингу. При довготривалому прийомі рекомендується лише стежити за зростом та вагою – двічі на рік, оскільки в окремих дітей можливе незначне відставання у окремих дітей (хоча у кількісно великих групах дітей під час досліджень не виявлено суттєвої відмінності у кривих росту та маси тіла). У тих випадках може бути потрібна корекція дози, тимчасова відміна або ж перехід на інші препарати. Прийом атомoksetину може бути пов'язаний із незначними коливаннями артеріального тиску, як у бік зниження, так і підвищення – знову ж таки вони звичайно мінімальні, але у випадку, якщо дитина скаржиться на запаморочення чи хворіє серцево-судинним захворюванням, може виявитися необхідним моніторинг артеріального тиску. Як уже згадувалося, атомoksetин в цілому є безпечним препаратом, у якого відсутній ризик серйозної побічної дії. Єдиним серйозним ускладненням, яке було виявлено за час його застосування – це два випадки токсичного гепатиту (обидва були вилікувані без ускладнень) на 3.7 мільйони пацієнтів, що приймали цей препарат. З обережністю треба призначати атомoksetин пацієнтам, що мають ризик судом, оскільки він може їх спровокувати. Як рідкісна побічна дія можливе також виникнення/загострення агресивної/суїцидаль-

ної поведінки (0.44%) – хоч такі випадки також є доволі рідкісними, але ведучи пацієнтів, які приймають атомоксетин, завжди важливо питати про появу цих можливих симптомів побічної дії. Метаболізм атомоксетину пов'язаний із системою цитохрома P450 2D6, у зв'язку з чим ліки, що впливають на цю систему, зокрема інгібітори зворотнього захоплення серотоніну, при одночасному прийомі можуть призводити до підвищення концентрації атомоксетину в крові, а тому необхідне зменшення добової дози останнього.

Трициклічні антидепресанти

З-поміж препаратів цієї групи, що застосовуються для лікування ГРДУ за кордоном (desipramine, nortriptyline) в Україні наявний лиш іміпрамін (melipramine, таблетки по 25 мг). Дослідження підтвердили відносно високу ефективність цих препаратів при ГРДУ (у до 70% дітей спостерігається значне покращення), яка тільки дещо нижча від ефективності психостимулянтів (див. Goldstein, 1998, с. 501-506). Втім, у порівнянні з останніми більший ефект спостерігається щодо поведінкових, аніж когнітивних симптомів. Тому тривалий час трициклічні антидепресанти були другими в списку після психостимулянтів як препарати, рекомендовані при лікуванні ГРДУ. Механізм їхньої дії пов'язаний із блокуванням зворотнього захоплення норадреналіну.

Втім, застосування трициклічних антидепресантів пов'язане з певним ризиком кардіотоксичності та розвитку аритмії, а тому вимагає ретельного ЕКГ-моніторингу як до початку, так і під час проведення терапії. Застосування трицикліків може супроводжуватися ортостатичною гіпотензією та симптомами, обумовленими їхньою холінолітичною дією (сухість у роті, закрепи та ін.). Особливу увагу слід приділяти умовам зберігання трицикліків, оскільки їх передозування смертельно. Ці препарати можуть так само знижувати судомний поріг, а тому наявність епілептичної активності є протипоказом до їх застосування.

Ефект трициклічних антидепресантів розвивається протягом трьох-чотирьох тижнів. З часом можливий розвиток толерантності, що вимагає тимчасових «канікул» і тоді повторного призначення. Трициклічні антидепресанти можуть мати терапевтичний ефект також щодо коморбідних тривожних розладів, тіків, енурезу, розладів сну.

Дозування – двічі на день, початкова доза 12.5 мг на добу, з поступовим підвищенням що чотири-сім днів до дози з розрахунку 1-2 мг/кг/добу (середні дози для молодших школярів – 25-37,5 мг/добу, для старших і підлітків від 25 до 75 мг на добу). Звичайно іде підвищення дози на 25 мг щотижня: перший тиждень 25 мг/добу, тоді другий тиждень – 50, і далі при потребі з розрахунку на масу тіла і відповідно до наявного терапевтичного ефекту. При відсутності ефекту за 3-4 тижні при цій дозі, її можна поступово підвищити під ЕКГ-моніторингом до 3-4 мг/кг/добу. ЕКГ-критерії безпеки: пульс до 130/хв., інтервал PR менше 200мс, QT – менше 460мс, QRS – менше 120 мс.

Велбутрін (бупропіон)

Це новітній антидепресант, що блокує зворотне захоплення норадреналіну і – меншою мірою – дофаміну. Дослідження (див. Vanashevski et al, 2004; Kutcher, 2002, с.242) показали його доволі високу, хоч і дещо нижчу, ніж у психостимулянтів та трициклічних антидепресантів, ефективність при ГРДУ (до 68%). Препарат не має кардіотоксичної дії, в цілому є доволі безпечним. Він ефективний також і у підлітків та у дорослих з ГРДУ. Застосування цього препарату пов'язане з підвищеним ризиком розвитку судом, а тому протипоказане дітям з органічним ураженням центральної нервової системи, епілептичною активністю. Препарат може посилювати тіки, тому теж протипоказаний дітям із тіками.

Дозування*: старт з дози 1 мг/кг/добу у два-три прийоми. За три дні дозу підняти до 3 мг/кг/добу, і ще за 3 дні до 6 мг/кг/добу.

Агоністи центральних альфа2-адренорецепторів: клонідин та гуанфацин

До цієї групи належать клонідин та гуанфацин – ліки, які звичайно застосовуються для лікування артеріальної гіпертензії, але які знайшли також своє доволі широке застосування у дитячій психіатрії з огляду на їхню ефективність при ГРДУ, тіках та відносно «м'якому» профілі побічної дії. Дослідження (див. Kutcher, 2002, с. 245-246) підтверджують їхню ефективність при ГРДУ (хоч і дещо меншу, ніж у психостимулянтів – редукція симптомів в межах 50%, при прийомі психостимулянтів – 70-80%). Причому ефект є більшим щодо поведінкових (гіперактивність та імпульсивність), аніж щодо когнітивних симптомів розладу. Останні дослідження (див. огляд у Vanashevski et al, 2004) показали, що гуанфацин у порівнянні з клонідином є більш селективним до центральних альфа2а-адренорецепторів і краще діє на покращення уваги; він є також менш седативним, а тому зараз знаходиться у фокусі новітніх досліджень як одна з можливих альтернатив психостимулянтам у випадках резистентності до них чи непереносимості.

Найбільш поширені симптоми побічної дії: седація, незначне зниження артеріального тиску, головний біль, пригнічений настрій. Застосування агоністів альфа2-адренорецепторів вимагає моніторингу пульсу та артеріального тиску. При необхідності відміни важливо поступово знижувати дозу з огляду на ризик виникнення артеріальної гіпертензії при раптовій відміні.

* В Україні, на жаль, велбутрін наявний лише у препараті сповільненого випуску по 150 мг для лікування депресії у дорослих – така форма випуску не дозволяє ефективно підбирати дози для дітей шкільного віку.

Дозування:

Хімічна назва	Clonidine	Guanfacine
Торгова назва	Клофелін	Естулік
Форма випуску (таблетки, мг)	0.075 і 0.15 мг	1 мг
Схема призначення	Що 5-7 днів збільшувати дозу на пів таблетки (від 0.075 мг) тричі на день (сніданок-обід-вечеря) по схемі: 1-5 день: 0-0-1/2; 6-11 день: 1/2-0-1/2 з 12-го дня: 1/2-1/2-1/2 Ефект розвивається за 4-6 тижнів. При потребі дозу можна поступово підвищувати. При проблемах із засинанням можна додати четверту дозу на ніч	Старт 1/4 т. х 2 рази на день. Що 3-4 дні підвищувати на 1/4 т. до досягнення терапевтичної дози. Кратність прийому: 3 рази на добу.
Терапевтична доза	в межах 0.05-0.3 мг на добу (середня доза 0.1-0.2) – з розрахунку 3-5 мкг/кг/добу	в межах 0.5-3 мг на добу – з розрахунку 15-50 мкг/кг/добу; діти масою 27-40 кг: 2 мг на добу; більше 40 кг: 3 мг/добу

Інші препарати

Існують попередні дані про можливу ефективність ряду інших препаратів при ГРДУ (див. Vanashevski et al, 2004; Kutcher, 2002, с. 243-247), зокрема модафінілу, венлафаксину, буспірону, інгібіторів МАО, бета-адреноблокаторів, агоністів мускаринових рецепторів, карбамазепіну, рісперідону. Модафініл є новітнім препаратом, розробленим для лікування

нарколепсії. Попередні дослідження показали його потенційну високу ефективність щодо ГРДУ, але наразі потрібні додаткові дослідження, зокрема щодо його безпечності для дітей. Антидепресант венлафаксин є доволі ефективним щодо ГРДУ, але у 25% дітей він посилював симптоми гіперактивності, що змусило відмінити препарат, тому на тепер він виключений із рекомендованих протоколів терапії. Анксиолітик буспірон має, окрім серотонінергічних, також і деяку норадренергічну та дофамінергічну дію; попередні дослідження вказують на його потенційну ефективність при ГРДУ з мінімальними ефектами побічної дії. Інгібітори MAO, попри встановлену їхню доволі високу ефективність, є доволі небезпечними у застосуванні через їхню взаємодію з іншими ліками та ризик розвитку гіпертонічного кризу при порушенні досить строгої при їхньому застосуванні дієти. Бета-блокатори можуть мати певний ефект у зменшенні проблем із агресивною та імпульсивною поведінкою, втім, у дітей їхнє застосування пов'язано також із ризиком побічної дії на серцево-судинну систему. Карбамазепін може бути доцільним у лікуванні випадків ГРДУ, коморбідних із педіатричною формою біполярного розладу. Рісперідон може бути показаний при лікуванні форм ГРДУ, що супроводжуються вираженою агресивністю, афективною нестабільністю, зокрема у дітей з розумовою відсталістю.

Принципи психофармакотерапії ГРДУ та коморбідних розладів.

Оскільки при ГРДУ показник коморбідності є доволі високим, то дуже часто при психофармакотерапії треба мати на увазі наявність супутніх розладів та відповідно враховувати їх при виборі препаратів. Нижче в таблиці підсумовані можливості вибору препаратів чи їх комбінацій.

ГРДУ + тики, синдром Жілля де ля Туретта	<ol style="list-style-type: none">1. Клонідин/гуанфацин2. Атомоксетин3. При незначно виражених тиках – психостимулянти + альфа-агоністи4. При важких формах тіків можна пробувати поєднання нейролептиків та психостимулянтів, але останні титрувати дуже поступово, спостерігаючи, чи не відбувається посилення тіків
ГРДУ + три- вожні розлади	<ol style="list-style-type: none">1. Атомоксетин2. Психостимулянти + SSRI3. Клонідин/гуанфацин4. Трициклічні антидепресанти
ГРДУ + депресія	<ol style="list-style-type: none">1. Психостимулянти/атомоксетин + SSRI2. Велбутрін3. Трициклічні антидепресанти
ГРДУ + вираже- на агресивність	Психостимулянти/атомоксетин +: <ol style="list-style-type: none">1. Атипові нейролептики (рісперідон, оланзапін, кветіапін)2. Депакін3. Клонідин/гуанфацин4. Карбамазепін

Звісно, лікування коморбідних розладів далеко не завжди вимагає призначення фармакотерапевтичних засобів – у багатьох випадках варто починати з психотерапевтичних втручань (як-от при депресії та тривожних розладах) і лиш при недостатній ефективності додавати психофармакотерапію.

Підсумок

- Психофармакотерапія є важливим методом допомоги дітям із ГРДУ, втім, її безпечно та ефективно застосування вимагає високого рівня фахової компетентності.

- ❑ Психофармакотерапія при ГРДУ повинна застосовуватися лише за показами і у відповідності до сучасних протоколів терапії, що ґрунтуються на даних доказової медицини.
- ❑ Психофармакотерапія є єдиним методом, який на пряму діє на причини ГРДУ і зменшує симптоми розладу, втім її застосування має сенс лише в контексті комплексної, мультимодальної допомоги сім'ї та дитині з застосуванням повного пакету психосоціальних втручань.
- ❑ Психофармакотерапія ГРДУ є безпечною лише за умови компетентного її застосування і врахування усіх можливих протипоказів, проведення необхідного моніторингу ефективності та безпечності, грамотного підбору препарату, дози та режиму прийому.
- ❑ В Україні, на жаль, наразі недоступний цілий ряд ефективних медикаментів для лікування ГРДУ, що значно утруднює можливість допомоги дітям із цим розладом.
- ❑ Довкола психофармакотерапії існує багато міфів, а тому є надзвичайно важливою освіта як батьків, так і фахівців, суспільства в цілому щодо реальних можливостей та ризиків медикаментозного лікування ГРДУ та психічних розладів загалом.

ПІСЛЯМОВА

З моменту появи на екранах мультфільму про Петрика П'яточкина минуло чимало років. Де він тепер, Петрик? Ким виріс? Як живе? Можливо, став дослідником Африки, дресирувальником у цирку, автогонщиком? Можливо, тепер водить уже своїх (хтозна чи не гіперактивних?) дітей у садок і згадує, як то було, коли сам був маленьким? Хочеться сподіватися, що доля Петра склалася добре. Втім, може, цей добрий, милий хлопчина десь заблукав на життєвих дорогах? Може, не завжди його оточувало розуміння близьких, може, спізнав він відкинення і смуток самотності, озлобився чи ж то замкнувся у собі – і зараз десь нещасливий та самотній?.. Може, у дорослому панові Петрові П'яточкиному уже немає того доброзичливого і щирого Петрика?.. Може, життя його *відбулося* зовсім не так, як могло б?..

Звісно, усе це лиш фантазії про віртуального Петрика – можливо й не дуже доречні до наукового стилю книжки. А от у щоденній клінічній практиці стикаєшся з життєвими драмами реальних дітей з ГРДУ. І скільки їх насправді – цих дітей, батьків, скільки неповторних життєвих доріг та історій... Якою буде їх доля? І як сьогодні ми можемо допомогти їм? Саме на цих питаннях була сфокусована дана книга – адже від того, наскільки ми, як суспільство, зможемо зрозуміти особливі потреби цих дітей та допомогти їм, залежить дуже багато...

Без сумніву, ознакою будь-якого здорового суспільства є турбота про дітей, а особливо про тих дітей, які страждають і мають особливі потреби. В Україні поступово ми все більше усвідомлюємо, як багато дітей у нашому суспільстві страждають. Діти-сироти, діти з неблагополучних сімей, діти, що зазнають фізичного, емоційного, сексуального скривдження, діти з важкими

захворюваннями та різними формами неповносправності... Цим дітям необхідно допомогти. І так обнадійливо помічати хай навіть часом непродумані та недосконалі, та все-таки спроби на рівні політики держави змінити щось у долі цих дітей на краще.

Діти з ГРДУ теж страждають, однак ми, як суспільство, наразі ще дуже мало знаємо про їхню невидиму неповносправність і той негати́вний досвід, якого у їхньому житті так багато. За їхньою моторною гіперактивністю ми можемо не розгледіти, не відчувати їх вразливості та того страждання, яке у їхній душі, більше того – ми самі не раз додаємо болю звинуваченням, осудженням, відкиненням цих дітей. Драма їхнього життя починається власне з отих «маленьких» соціальних взаємодій, де діти з ГРДУ замість порозуміння знаходять несприйняття, замість підтримки – відкинення. Дві схожі історії, два схожі запитання почув автор минулого тижня на консультації від матерів хлопців-першокласників із ГРДУ. «Мамо, чому зі мною ніхто не хоче дружити?» «Мамо, для чого у школі перерви? – Краще б їх не було – зі мною ніхто не хоче бавитися...» А ще одне особливе зауваження у щоденнику: «Мама хлопчика Н. просила передати вам, щоб ви заборонили своєму синові товаришувати з її дитиною, бо, на її думку, ваш син психопат і йому місце у психлікарні...»

Яку відповідь можна дати цим двом хлопчикам? Що сказати їхнім матерям? Як пояснити тим дітям, що світ може не лише відкидати їх, але й розуміти, підтримувати, вірити в них, в їхню спроможність вирости добрими, мудрими людьми? Очевидно, що це не можна зробити лише психоедукацією – тут потрібні дії, тут потрібен інший досвід стосунків. І це виходить вже за рамки терапевтичних заходів.

Багато дітей із ГРДУ страждають. Страждають через те, що їх сприймають «поганими». Одним із головних завдань цієї книжки було показати, що за «поганою» поведінкою дітей із ГРДУ найчастіше стоїть не їхня зла воля і навмисний намір, а розлад самоконтролю. Без розуміння цього ми, дорослі, можемо необдуманно боляче ранили дітей осудженням та нероу-

мінням. Саме від цього найбільше вони потерпають. Коли дитині на душі погано, є різні способи виявити це. «Діти, які найбільше потребують любові, часом виявляють цю потребу у найменш люблячий спосіб» (Barkley, 1995, с. 5). За багатьма проявами агресивної поведінки дітей із ГРДУ криється не лише їхній розлад імпульс-контролю, але і їхній біль відкинення. Чи зрозуміємо ми це, чи почуємо цю потребу в любові та розумінні, чи зможемо відповісти у такий спосіб, щоби розірвати коло злості, помсти та протистояння, щоб утворити простір для любові? Від цього залежить дуже багато, від цього насправді залежить подальший життєвий маршрут дитини з ГРДУ: чи це буде дорога зростаючої зневіри та антисоціальності, чи дорога розвитку, дорога творчості та любові. Від цього залежить, зрештою, не лише майбутнє дитини з ГРДУ, але й майбутнє її сім'ї, майбутнє наших суспільств.

У цьому аспекті ГРДУ є дуже особливим розладом. Він може бути доброякісною особливістю дитини, але може стати і каталізатором серйозних життєвих проблем. Мало ще при якому розладі дитячої психіатрії так виразно відчувається особлива вага та значення вчасних, ранніх втручань. Компетентна допомога дітям із ГРДУ та їхнім родинам вже у ранньому віці може радикально змінити сценарій їхнього життя на краще, попередити розвиток вторинних ускладнень та проблем. Можливо, саме тому останнім часом так багато уваги у сфері ГРДУ зосереджено на проблематиці виявлення розладу у дошкільному віці та наданні ефективної допомоги на цьому віковому етапі.

Втім, Україні тут ще належить пройти довгу дорогу. Загалом рівень освіченості щодо ГРДУ і у громаді, і серед фахівців зокрема залишається дуже низьким. Відповідно низьким є й усвідомлення страждання дітей із цим розладом, труднощів, із якими стикаються їхні родини, та й загалом соціальної значущості цієї проблеми. Не варто говорити і про те, що рівень допомоги дітям із ГРДУ в Україні ще дуже далекий до міжнародних стандартів і переважна частина дітей не отримує на-

лежної допомоги. Отож є багато роботи. І дуже важливо у цій роботі відійти від емоційних, заполітизованих гасел, які базуються на міфах і упереджених судженнях, до партнерського об'єднання зусиль, до широкої психоедукації суспільства, до реформ у системі охорони психічного здоров'я та освіти. Україна потребує національної програми у сфері ГРДУ, та й загалом у сфері охорони психічного здоров'я сім'ї та дитини. Недооцінка важливості цієї сфери дорівнює соціальній недалекоглядності. Великі соціальні проблеми українського суспільства – чи то алкоголізм, чи агресивна та антисоціальна поведінка, чи то поширеність психічної патології у дорослому віці, криза сім'ї, криза міжлюдських стосунків – мають свої корені у проблематичній психічному здоров'я дітей та підлітків. І мабуть, якщо річка забруднена, то наймудрішим рішенням є боротися із джерелом забруднення у витоків, аніж у гирлі будувати очисні споруди (хоч і там вони також потрібні). Тому й сфера охорони психічного здоров'я сім'ї та дитини потребує великих державних інвестицій, вона повинна бути справді реформованою, оновленою; повинна працювати, опираючись на сучасні принципи сімейно-центрованості, мультидисциплінарного командного підходу, біопсихосоціальної моделі та чіткі етичні засади. Інвестування в сферу охорони психічного здоров'я дітей та підлітків дозволяє попереджати багато психологічних та соціальних проблем дорослого віку – а тому майбутнє саме за такою превентивною орієнтацією...

Упровадження сучасних підходів вимагає реформування усієї системи, вимагає також великих інвестицій, які б сприяли поширенню сучасних знань, навчання спеціалістів, упровадженню нової, переважно амбулаторно-орієнтованої та інтегрованої в локальні громади системи охорони психічного здоров'я сім'ї та дитини, що реалізується мультидисциплінарними командами фахівців.

Досвід роботи автора в складі команди фахівців у недержавному, благодійному навчально-реабілітаційному центрі

«Джерело» у Львові переконує у можливості і необхідності запровадження сучасних європейських стандартів допомоги дітям із різними формами порушень розвитку в українську реальність. Звісно, не все потрібно сліпо переносити і копіювати, немає потреби відмовлятися від цінних здобутків вітчизняної науки, потрібно, зрештою, мати і певну мужність створювати щось нове, оригінальне у відповідь на виклики української дійсності. Втім, наш досвід роботи з дітьми з ГРДУ зокрема свідчить, що за умови забезпечення рамкових вимог до реалізації сучасних західних протоколів допомоги вони ефективно працюють. З досвіду роботи з педагогами львівських шкіл ми також бачимо велику відкритість і бажання багатьох із них запроваджувати нові підходи у школі з метою допомоги дітям – і ці підходи також працюють. Ми справді віримо, що мудрими, спільними зусиллями ми можемо багато змінити на краще...

Ефективна допомога дітям із ГРДУ вимагає стосунків партнерства між батьками та фахівцями. А це нова парадигма роботи як у медицині, так і в педагогіці, і в соціальній роботі в Україні. Від взаємин, у яких фахівці є головними, єдиними експертами, а батькам залишається виключно «конспектувати і втілювати» вказівки перших, важливо перейти до нової моделі рівноправного партнерства, де за батьками такою ж мірою закріплена роль експертів, де визнається, що батьки справді є головними особами в житті дитини, а тому роль фахівців є радше допомагати батькам та підтримувати їх, а не домінувати над ними чи то «лікувати» їх як головну причину усіх проблем дитини. Вибудувати такі стосунки партнерства, втримати нитку поваги та взаємної довіри – це «тонка» робота, яка вимагає не просто клінічних навиків, але справді мистецтва спілкування... Утім, тільки на основі такого партнерства можуть бути реалізовані ті принципи допомоги, про які йшлося в цій книжці. І на думку автора, це настільки важливо, що дає дозвіл на завершення вкотре повторити цю істину.

ГРДУ, як, зрештою, і вся психіатрія, оповитий багатьма міфами. В Україні за браком інформації та обмеженості доступу до

сучасної літератури, міжнародних наукових видань і т.п. ці міфи можуть справді «процвітати» – і для допомоги дітям із ГРДУ можуть застосовуватися найдивовижніші методи, які не мають нічого спільного з наукою. Сподіваймося, що невдовзі таке вільне експериментування на дітях буде зупинене не лише впровадженням рекомендованих терапевтичних протоколів, але й можливостями юридичного захисту прав клієнтів. Упродовж усієї книжки наголошувалася потреба наукового підходу у цій сфері, де справді важливо усвідомлювати ціну і можливі наслідки кожного втручання. А тому доконче потрібно, щоб і в Україні медицина переходила на доказову базу з метою захистити потреби пацієнтів і забезпечити справді ефективні терапевтичні заходи.

ГРДУ є у багатьох аспектах дуже особливим розладом. Одним із головних дефіцитів при ньому є певна неспроможність керувати власною поведінкою, а отже, можна сказати, і власним життям, власною долею. Наче водій, що не до кінця добре навчився керувати автомобілем – дитина з ГРДУ живе у світі повторних «аварій» та інцидентів, коли вона опиняється зовсім не там, куди прямувала, спричинює те, чого не хотіла... Тут доцільно згадати ще раз, що ГРДУ є насправді не просто «доброякісною» гіперактивністю, але насамперед розладом психологічного розвитку, який за певних обставин може призводити до значних життєвих ускладнень. І одне з найпроблемніших із таких ускладнень може бути у тому, що в людини не складається доля – життя її може просто стати суцільною низкою катастроф... І ці знання важливі не для того, щоби вибудовувати песимістичні прогнози щодо дітей з ГРДУ, але для того, щоби мотивувати нас до допомоги. Це не їхня вина, що вони не до кінця керують собою. Але це наша відповідальність – бути поруч із дітьми з ГРДУ на їхній життєвій дорозі, щоби допомогти «вирулити» на життєвих перехрестях і з мінімальними втратами просуватися таки в тому напрямку, який веде до самореалізації та любові – щоби їхнє життя змогло таки справді *відбутися* у найглибшому значенні цього слова...

Львів, 4 березня 2007 року

ІСТОРІЇ БАТЬКІВ

Ольга Ферт

МОЯ ІСТОРІЯ

Моя історія – це історія радості, болю, відчаю, невизначення, надії та росту.

Ця історія почалась майже дванадцять років тому з народженням мого сина Сашка. Тоді я навіть не уявляла, який складний шлях мене чекає. Сашко народився цілком здоровим та без суттєвих ускладнень. Усю родину переповнювала невимовна радість. Оскільки я була ще дуже молодою матусею, мені було лише 19 років, я не розуміла, що його неспокій та згодом надмірна рухливість, активність можуть бути ознаками поведінкового розладу. Дитина гасала по квартирі, усюди лізла, завдавала шкоди і собі, і всьому, що її оточувало. Згодом Сашко, який, попри все, був дуже розумною і розвиненою дитиною, почав доймати купою запитань, перебування з ним буквально вимотувало кожного. Організувати дитину та добитись від неї послідовної поведінки було майже неможливо. Звичайно, як це буває в таких випадках, довелося стикнутися з реакцією оточуючих, багато знайомих та родичів докоряли за неправильне, на їхню думку, виховання. Говорили, що ми розпустили дитину, недостатньо суворі з нею, дехто навпаки стверджував, що дитина цілком нормальна і коли ж їй ще пустувати, як не у дитинстві. Згодом, від невідповідності вкладених у виховання дитини зусиль і мінімального отриманого результату та під впливом оточуючих у мене розвинулося почуття провини. Мені здавалося, що це я винна в тому, що моя дитина така, що я погана матір, якщо не можу організувати свою дитину. На тлі такої постійної знервованості погіршилися і без того неідеальні стосунки з чоловіком. Ми пішли невірним шляхом, почали звинувачувати одне одного замість того, щоб підтримати. Було нелегко, але тоді я ще не знала – найважче попереду...

Коли Сашкові було п'ять років, у нього народилася сестричка Юля. Здорова, гарна дівчинка – і знову радість, яка на деякий час заступила всі попередні турботи і переживання, відсунула їх на другий план. Коли Юлі виповнилося два роки, виявилось, що вона страждає на тяжкий розлад, діагноз якого ще й досі до кінця не визначений. Можна сказати лише, що її хвороба супроводжується стійкою затримкою розвитку та дуже високим рівнем гіперактивності. Звичайно, на тлі хворої сестри Сашко здавався здоровою дитиною. Цей час у житті нашої родини був періодом справжнього відчаю, настали чорні дні. Усвідомлюючи, що з дитиною щось негаразд, ми почали шукати причину, зверталися до величезної кількості лікарів, пройшли купу сумнівних обстежень, сеансів масажу тощо. Але що коїться і як допомогти – ми так і не дізналися.

Психологічно було дуже важко, в тому числі і від реакції оточуючих людей, які безперервно давали купу порад. Не хотілося виходити на вулицю, було ніяково від сторонніх поглядів, неповносправність Юлі кидалася в очі.

У такому стані ми потрапили у «Джерело». Тут ми отримали кваліфіковану допомогу спеціалістів, які працюють за сучасними стандартами, і, що дуже важливо, психологічну підтримку для себе, зрозуміли, що ми не одні і що люди, які мають неповносправних дітей, також можуть бути щасливими і жити повноцінним життям. Ми знову повернули собі надію. У цей період брат Юлі Сашко вже навчався у школі. В нього почалися проблеми з навчанням і поведінкою, оскільки йому було важко зосередити увагу та приборкати надмірну рухливість та імпульсивність. Звичайно, було прикро і важко, постійний контроль навчання та сварки через погану поведінку виснажували і не давали істотного ефекту. Я дуже переживала, адже Саша, хоч і страждає на ГРДУ, є для мене єдиною відносно здоровою дитиною і мені дуже хочеться, щоб він виріс повноцінною хорошою людиною, щоби вибрав правильний шлях у житті, відбувся у професії, яку обере, зміг побудува-

ти відносини з людьми. Мені дуже хочеться, щоб він не послизнувся, не підпав під поганий вплив. Тим більше, що йому з часом доведеться опікуватись не тільки собою і власною сім'єю, але й, сподіваюся, своєю хворою сестрою. Інформацію про ГРДУ та про методи роботи з дітьми, що страждають на цей розлад, я отримала також у «Джерелі» і маю визнати, метод заохочень і штрафів є досить ефективним. Дитина стала більш керованою, почала краще вчитись.

Батькам, які тільки зіткнулися з проблемою неповносправності дитини, я хочу побажати насамперед не втрачати надії, якою би тяжкою та безвихідною не здавалась Ваша ситуація. Ви повинні бути сильними, оскільки Вашій дитині життєво необхідна Ваша підтримка і любов. Усі хочуть мати красивих, розумних, а головне здорових дітей, але не завжди можна мати саме те, чого нам хочеться. Неповносправна дитина вимагає від нас удвічі більше сили і любові. Але коли ми бачимо її успіхи, ми отримуємо неймовірну кількість радості та задоволення. Треба пам'ятати, що шлях здолає лише той, хто йде. І на нашому шляху завжди знайдуться люди, які відчувають те саме, люди, що зрозуміють та підтримають. Як відомо, те, що нас не вбиває, робить нас сильнішими. Надійтесь та просто любіть своїх дітей такими, як вони є. Краще попереду.

Ірина К.

...біда, катастрофа, кінець світу! Мого сина, учня 4-го класу, виганяють зі школи. Вчитель каже, що він грубіянить, кривдить однокласників, зриває уроки. Коли я приходжу до школи, – все в порядку, щойно я за двері – все починається знову.

Кола наших випробувань: одна, друга, третя дисциплінарна комісія, четверта – з батьками. Падає успішність навчання, умовляємо не виключати дитину зі школи, дати шанс виправитися.

Перевід у паралельний клас. Дирекція спонукає нас обстежити Юрка в невропатолога. Робимо енцефалограми, спілкуємося з психологами. Жодних позитивних змін. Удома син став драгівливим, різко реагує на будь-які зауваження.

Одного дня виявляємо крадіжку грошей. Як з'ясувалося, на ці гроші Юра купив мобільний телефон та солодощі. Цукерки носить до школи та пригощає ними однокласників. Ми, батьки, у відчаї.

Коли психолог почав відмотувати ниточку нашого клубка поведінкових проблем, стало зрозуміло, що чимало речей тягнуться іще з дитинства. Юрко завжди був рухливим, непосидючим. Мене часто дратувала його неспокійна поведінка, часом я могла взяти і ремінь до рук. Він ніколи не міг висидіти усю виставу у театрі (особливо, якщо було нецікаво) або ж час у перукаря (наступного разу просили не приводити), ми мали проблеми в будь-яких громадських місцях. Юра міг зацікавитися тільки тим, що його по-справжньому захоплювало. Тільки цікаві телепередачі, а згодом комп'ютерні ігри могли спонукати Юрка зосередитись.

Коли наш син почав учитися в школі, йому дуже важко давалося акуратне письмо. Хоча, незважаючи на надмірну рухливість, малий дуже швидко і добре запам'ятовував тексти, вірші, будь-яку іншу інформацію.

Щойно тепер, уже під час регулярних консультацій у психолога, я краще зрозуміла природу поведінки сина, зрозуміла, що тільки особливе ставлення нас, батьків, до Юрка – такого, яким він є, – може допомогти вирішити поведінкові проблеми. Методи заохочення і покарання, таблиці балів і винагород кардинально змінили поведінку сина. Я перестала кричати, навчилася чітко висловлювати свої побажання і вимоги щодо виконання домашніх завдань і обов'язків.

Не все пішло зразу гладко. Десь, бувало, не витримувала я – зривалася на крик. Бувало, зривався і Юрко. Таблиця балів, двічі ним подерта, знову була склеєна скотчем і знову висіла на призначеному для неї місці. У покарання за вкрадені гроші Юрко щодня протягом півроку мив посуд. Дуже допомогло мені у подоланні проблеми спілкування з друзями, батьками, які мене підтримували і розуміли. На семінарах, зустрічах батьківської групи я познайомилася зі схожими проблемами інших людей, у яких теж ростуть гіперактивні діти. Ми багато ділилися, радилися, разом шукали розв'язки наших щоденних проблем.

Із цього нашого спільного з Юрком недавнього досвіду я винесла один висновок: тільки наша взаємна любов, терпіння і взаєморозуміння дадуть нам змогу іти по життю щасливо, радісно і впевнено.

Ігор та Надія Резник

ТАТО.

1999 рік, 6 грудня. Моя кохана дружина ошчасливила мене на моє 30-річчя особливим, найпрекраснішим і найбільшим, який тільки може бути, подарунком – народився наш другий синочок Богдан. Ось він на моїх руках, вдивляюсь у його гарне личко, прошу Бога, щоб він благословив його подальше життя.

Хлопець наш ріс дуже активним і непосидючим. Жодної секунди на одному місці! Пригадую ліжко на пружинах, яке Богдан переобладнав на батут. Стягував матрац, зачиняв двері кімнати і стрибав собі, скільки душа бажає.

Мали такий період, коли Богдана було неможливо покласти спати до другої-третьої години ночі. Малюк бігав, грався собі, не помічаючи часу. Зранку, щоправда, спав допізна, а мені і дружині уже з 6-ої потрібно було бути на ногах.

Один випадок із життя нашої сім'ї: Богдан за лічені секунди добрався до ванної кімнати, не знаю вже, у який спосіб, але відкрив пляшку з «Білизною» і зробив декілька ковтків... Далі – швидка, промивання шлунка, лікарня і невідомість очікування... Та Бог милував, зберіг нам нашого сина і вже за 4 дні ми були вдома.

Таких пригод і несподіванок мали від Богдана іще чимало.

Як батько, я розумів, що сина необхідно привчати до порядку і дисципліни. Але тут виникало багато проблем. Даю синові конкретну вказівку, а він наче не чує. Я думав, що він не слухає навмисне, бунтує. Тому були покарання, ремінь не раз потрапляв мені до рук. Але покарання не давали результатів. Мої методи виховання не діяли.

Готуючись до школи, проходимо медкомісію. І дуже боляче було почути від психоневролога, що наш Богдан розумово відсталий. Ми не вірили в це, попри те, були дуже стурбовані. Потім виявилось, що цей діагноз був помилковий.

У школі почалося – тільки і розмов, що про нашого Богдана – зриває уроки, сидить під партою, б'ється, розбив вазонки і т.д.

Як уже б не склалося, ми з надією і оптимізмом дивимось у майбутнє. Бог дав нам учасну і потрібну допомогу хороших лікарів, досвідчених психологів і психіатрів. Ми бачимо, що нашому синові потрібна поміч, і всіма силами намагаємось її йому надати. І ще нам дуже допомагає Ганна Володимирівна, вчителька нашого Богдана, за що ми їй від серця вдячні. Світ не без добрих людей.

МАМА.

«Невже стільки енергії може бути в дитини?» – дивувалася я, дивлячись на свого синочка Богданка, який бігав практично весь день, не зупиняючись. Тоді малому не виповнилося ще і року. Отак, бігаючи, інколи падав і засинав. Стрибав малий у манежі, у ліжечку, у візку – а слідом за ним ледь-ледь встигала я, оберігаючи сина від падінь і неприємних пригод. І таки не раз малюкові діставалося – моя швидкість була для нього заповільною.

Для старшого сина часу не залишалось зовсім – всю увагу потрібно було приділяти Богданові.

Наш Богдан якщо і грався іграшками – то недовго, а от усілякі технічні пристрої, транспорт і подорожі на ньому манили і манять його дотепер. Потяг, літак – це особлива річ для Богдана, про них він мріє і зустрічі з ними чекає.

Я надіялась, що наші проблеми з часом минуться. Як мовиться, Богдан їх переросте. Але змін не було. Лікарі почали казати, що син гіперактивний. Щоправда, конкретного діагнозу ніхто не ставив. Кожен із лікарів мав свій варіант пояснень неадекватної поведінки нашого сина. Заспокійливі засади та фізпроцедури не допомагали. Рухливість та нестримна активність, імпульсивність не зменшувалися. Мене дивувало, як у синові поєднуються різні риси, як можна бути та-

ким привітним, легким до знайомств і спілкування і водночас вибухати, пускаючись у бійку через різні дрібниці.

Народження двох молодших братів на Богдана вплинуло позитивно. Часто спостерігаю за Богданом, як він ніжно обіймає, цілує своїх братів, як грається, розповідає їм казки. І це надихає, що все владнається у нього і нормалізується.

Відвідання консультацій психолога і психіатра у НРЦ «Джерело», зустрічі в батьківській групі допомогли нам навчитися розуміти Богдана, подивитися на стан речей з іншого боку, спокійно реагувати на його витівки і потрохи привчати до дисципліни. Складно ж постійно вислуховувати, який у тебе «жахливий» син, захищаючи при цьому його душу, індивідуальність. Особисто для мене мій син – це хороша школа любові.

Періодично вся наша сім'я проходить у Богдана тест на терпіння і любов.

Просимо Бога в молитвах, щоби беріг нашого сина в його необережності як у дитинстві, так і в дорослому житті, дав йому вірних люблячих друзів, які б розуміли його, щоб він не був самотнім і зміг віднайти себе у цьому житті.

Леся Д.

Ще до свого народження Світланка була дуже рухливою, неспокійною.

Народилася ослабленою, з малою вагою, деякими неврологічними проблемами та проявами алергії. У перші місяці життя часто й багато плакала, дуже мало (як на свій вік) спала. Тривалість денного сну – 2-3 рази по 30 хв., щоразу заколисували по 1-1,5 години. Мене це дуже виснажувало, я не встигала зробити хатньої роботи, відпочити. Плач маляти був істеричним, заспокоїти дитину було важко.

В той час я майже не спілкувалась з іншими батьками й думала, що так і повинно бути – дитина забирає весь час, мама не може більше нічим займатися. З 3-х років я почала розуміти, що моя дитина все ж трохи не така, як більшість дітей, і з того часу намагалася знайти відповіді на питання, які мене хвилювали. Спроби почерпнути їх із відповідної літератури не дали очікуваного результату: я ще більше заплуталась у своїх сумнівах, різних педагогічних і психологічних підходах. Щоденні обов'язки, побутові, виховні проблеми витіснили багато з того, без чого перед тим життя було немислиме – книги, виставки, мистецьке життя, друзі. Щастя, що траплялися хороші люди, які дали важливі поради, підтримували. Завдячую подрузі, яка, незважаючи на зайнятість, усе ж дзвонить (у неї троє діток).

Світланка часто й надто багато плакала у ранньому віці, навіть сторонні звертали на це увагу. Ця тенденція збереглася до 5-6 років. Плаксивість, вередливість були не лише засобом для досягнення певної мети, – це ніби стало стилем її поведінки. Ще одна риса – надзвичайна впертість. Вона все заперечувала, не хотіла нічого вчитися, не виконувала прохання. Ми musiли вигадувати різні способи – перехитрити, переключити

ти увагу і так досягти бажаного. Стало важко, коли «спорожнів мішок хитроців». Мені здавалося, ніби моя дитина – це «2 в 1»: інколи – добра, щира, лагідна; часом – жорстока, робить все наперекір. Бувало, зробить щось погане, а тоді радіє, має добрий настрій. Бути строгою я не могла, оскільки дуже довго боялася спровокувати неврологічні проблеми, які були у ранньому дитинстві. А що ж Світланка? Не мала терпіння розглядати книжечку. Недовго гралася іграшками, за винятком нових. Постійно вимагала уваги. Не хотіла йти за руку (навіть при переході вулиці). З такою дитиною було неможливо вийти в місто.

З дитинства проявилось творче образне мислення. Світлана любить малювати, слухати музику. З 3 до 6 років багато малювала, дуже по-дитячому, але своєрідно. Це водночас захоплення і гарний відпочинок, після чого завжди покращувався настрій. Дуже подобається бавитися надворі, у подвір'ї чи саду. Любить квіти, складає гарні букетики з польових, садових квітів, навіть бур'яну. У 7-8 років із зацікавленням робить саморобки, аплікації, колажі, малює фарбами, фломастерами, пастеллю.

Поведінка «на людях» зазвичай була досить поганою, часто – непередбачуваною. Після декількох невдалих спроб поїхати на відкриття виставки чи в гості перестала брати її з собою. Відпочинок у вихідні в місті перетворювався на суцільні вимоги: «Хочу! Дайте! Купіть!». З 6,5 років стало можливим «домовитись», обговорити покупки наперед.

Світланка тягнулася до дітей, але дуже часто не вміла з ними гратися: коли вони приходили, – раділа, гралася з ними 20 хвилин, а тоді йшла геть і бавилась окремо. У школі не знайомилася і мало спілкувалася, не мала спільних інтересів з однолітками. Дуже хотіла бути лідером. Добре бавиться з двоюрідним братом (спокійний, погоджується на лідерство Світлани, тому й миряться). Вони придумують свої ігри, бавляться квінчиками (розглядають і вгадують, на що схожий камінець). Довгий час не хотіла мати, крім нього, інших друзів.

Школа. До школи готувалися радісно, Світланка тішилася шкільною формою, наплічником, пеналом, зошитами з барвистими малюнками – все було справді гарне. Першого вересня, коли старшокласники після лінійки вели першокласників на перший урок, Світланка загубилася й плакала.

Спочатку в школі було цікаво. Але донька дуже втомлювалася, скаржилася, що діти забирають все від неї, пишуть і креслять в її зошиті. Не вміла скласти свої речі в портфель. Були клякси в зошиті й на одязі; з усіх шкільних приладь у пеналі додому поверталася лише половина. Пера в ручках – зігнуті чи зламані; обкладинки від зошитів – зібгані в кишені. Незастругані кінці олівців були нещадно погризені й нагадували віник.

Почалися зауваження: не їсть і втікає з їдальні, не реагує на прохання й зауваження, на уроці встає, вибігає з класу. Неуважна, взагалі відмовляється писати. Вдома завдання виконувалися з плачем. Я була виснажена, хотіла забрати зі школи, але чоловік переконав, що не варто цього робити. Приїхала на допомогу бабуся. Щоб якось змусити писати, вчителька в зошиті писала олівцем, Світланка обводила. Дитина багато хворіла – майже половину з усього навчального часу. Перших півроку взагалі не знала, як називаються однокласники, не вміла розповісти, що сьогодні було в школі. Частенько не говорила правди, викручувалася або просто фантазувала. Багато скарг від вчительки іноземної мови: неуважна, не слухає, не запам'ятовує, не відповідає, порушує дисципліну, навмисно зриває урок. В школі майже не їсть сніданок, після уроків купує солодощі. Вранці проблематично зі сніданком. Коли бавиться у дворі, іноді втікає від дітей і насправді боїться. Неспокійна, незосереджена, мало контактує з дітьми, розумна, але не встигає з навчанням. На виконання домашніх завдань витрачали близько 4-х годин, причому втигали вивчити лише 2-3 основні предмети. Домашні завдання неодмінно, незважаючи на терплячість батьків, починалися з плачу. Постійно відставали з іноземної мови. Були моменти, коли я зрива-

лася; тоді себе ненавиділа, було почуття сорому й провини, але виходу не бачила.

Світланка навіть у 6,5 років сама не засинала, потрібно було присипляти її від 30 хв. до 1-2 години. Зважаючи на необхідність дотримання режиму школяра, це було важко для мене (не встигала зробити найнеобхіднішого з хатньої роботи). Дитина категорично відмовлялася спати сама. Навіть коли мама поряд, будилася вночі й плакала, часто снилися страшні сни.

Після закінчення першого класу Світланка вміла повільно читати й сяк-так писати, та, незважаючи на це, її таки перевели в другий клас. Влітку з нею багато займалася бабуся (математика, диктанти), і все ж дитина не змогла засвоїти весь матеріал за перший рік навчання. Тому перед початком нового навчального року перед нами знов постали питання: продовжувати навчання з однокласниками, залишати на другий рік, чи взагалі перевести в іншу школу. Ми розуміли ризикованість такого кроку, його можливі наслідки: будуть сміятися однокласники, засуджувати дорослі. З цими питаннями ми прийшли в «Джерело».

Я маю цікаву роботу, пов'язану з вивченням творів мистецтва. Світланка часто хворіла, тому я намагалася працювати і вдома над своєю темою. Коли доньці було 2 роки, вона не дозволяла мені писати за столом: забирала папери, плакала. Минуло понад 3 роки, поки вона звикла. Але й дотепер я не можу позбутися відчуття, що як тільки починаю по-справжньому займатися роботою, моя дитина хворіє. Я не могла знайти відповіді на запитання: як поєднати сім'ю і роботу і періодично надавала перевагу то одному, то іншому. Пріоритет все ж таки на боці родинних обов'язків. Погіршились стосунки в сім'ї, бо весь час приділяла дитині.

Мені було боляче й соромно за погану поведінку Світланки, я дуже важко це переживала. Для мене кожне зауваження – як відро холодної води на голову. Здавалось, ніби я живу на бочці з порохом, – не знаєш, в яку мить він вибухне. Я не могла зосередитися на роботі. Не помічала краси довкола, здається,

майже не раділа. Була страшенно втомлена і морально виснажена. Дуже хвилювалася, коли доводилось іти зі Світланою до лікаря, у гості.

Мої пошуки виходу з цієї ситуації пожвавилися, коли зауважень стало надто багато, коли вчителька сказала: «Ви мусите з нею поговорити» (Як? Якими словами?). Педіатр, ніби між іншим, зауважив, що, якщо є проблеми в школі, можна звернутися до психолога. Прискорила моє звернення за фаховою допомогою одна подія. На уроці трудового навчання Світланка порізала пальчик сусідці по парті. Згодом вона розповіла, що це трапилось нехотючи, у відповідь на погане слово, яке сказала однокласниця. Світланка дуже розсердилася і навіть не знає, як це сталося. Я була просто шокована цим вчинком, і тим, що це зробила моя дитина. На щастя, дівчинка виявилася не злопам'ятною й одразу ж вибачила Світланці. А коли я попросила вибачення у її батьків, вони поставились із розумінням.

Перші заняття в центрі «Джерело» відкрили очі на мою дитину. Мені розповіли про ГРДУ, пояснили особливості поведінки таких дітей і те, що у багатьох випадках вони не винні, що так поведуться. Відкриттям для мене були результати тестування інтелекту Світланки – рівень вище середнього. Чесно кажучи, я просто недооцінювала свою дитину. До того ж вона так нестандартно поведилася, що сторонні люди не завжди належно оцінювали її хороші риси. Тепер я почувуюся впевненіше і реально знаю, чого можна вимагати від доньки.

Спочатку було дуже незвично застосовувати пропонувані методи: систему нагород, часту похвалу, увагу до дитини, послідовність з боку батьків. Навіть не вірилося, що такі прості, здавалося б, поради можуть бути ефективними.

Почалися індивідуальні заняття з Світланкою. Потім – колективні заняття в групі з дітьми та семінари для батьків. Дуже цінним, на мою думку, був відеотренінг. Допомогло спілкування з іншими батьками на семінарах і розуміння того, що ми не одні з такими проблемами. Адже, спілкуючись у звич-

ному оточенні, я відчувала, що мої проблеми видаються дивними, не знаходила розуміння та підтримки. «Ти сама робиш із цього проблему» – так відповідали мої друзі та знайомі.

Позитивний вплив справила індивідуально підібрана легка медикаментозна терапія.

Задяки підтримці фахівців ми відчули позитивні зрушення. Поради стосовно організації навчання, тісної співпраці з учителькою та виховання в сім'ї нам дуже допомогли. Корисними для Світланки були заняття в групі з дітьми, хоча вона довго опиралася. Найбільше їй запам'яталося свято, де дітям надали можливість самим придумати й зіграти виставу, де вони могли бути самими собою. Тепер донька переглядає фотографії, каже, що хоче знову зустрітися з дітьми із групи.

Велике досягнення у тому, що Світланка стала сама засипати (!!!), більше не протестує, коли надходить час вкладатися в ліжку. Унормувався режим дня. Мені відчутно стало легше – з'явилася можливість краще організовувати свій час, більше встигати. Ми вперше (!!!), разом із дитиною, спокійно «пережили» складний період звітування на роботі в кінці року (дотепер відвозили доньку на той час до бабусі й дідуся чи викликали їх на допомогу).

Дитина стала уважнішою, комунікабельнішою, покращилась успішність і поведінка в школі та вдома. Вчителі стали заслужено хвалити Світланку. Вона щаслива, що з'явилися друзі серед однокласників. Ми, батьки, відкрили у своїй дитині багато гарних рис, частіше доходимо порозуміння з нею. Зникли деякі проблеми, які дотепер псували стосунки у нашій сім'ї. Ми навчилися бути щасливими разом з донечкою.

Розумію, у нас ще багато невіршених питань і велика програма покращення поведінки, успішності навчання, взаємовідносин у сім'ї та з однолітками. Але водночас ми свідомі важливих здобутків: ми змогли вирішити найбільш гострі поведінкові проблеми, навчилися розуміти нашу дитину та з оптимізмом дивитися в майбутнє.

Наталя Тодчук

САШКО

...Народження Сашка стало несподіванкою для родичів і передусім для мене. За терміном, визначеним у жіночій консультації, я мала б народити дитину як мінімум на півтора місяці пізніше. Вагітність для мене важкою не була, жодні токсікози мене не турбували – тож і причин для передчасного хвилювання, здавалося б, не було.

Того дня ми з чоловіком черговий раз з'ясовували стосунки. Молоді, палкі й закохані, у той час ми жили і буквально дихали одне одним, ревнощі виникали на пустому місці і з будь-якого приводу. Надвечір, коли буря вляглася, десь о 24.00 год., у мене почалися перейми.

Здогадавшись, що зі мною діється, я підійшла до спальні своєї свекрухи і сказала, що мені невідкладно треба в лікарню. Та коли ми опівночі пили на кухні чай, свекруха порадила мені нікуди поночі не їхати, бо, якщо це дійсно пологи, то вони тривають довго і краще вдома перебути ніч, а вже вранці нормально зібратися і лягти в лікарню.

Так і зробили. Наступний день був неділя. Коли ми з чоловіком постали десь об 11.00 год. перед черговим лікарем пологового будинку і описали ситуацію, він, мигцем глянувши у медичну карту, спитав мене, чи бажана дитина. Я здивувалась. Ясно, що бажана.

На той час перейми тривали, однак води ще не відійшли. Лікар сказав, що, можливо, вдасться зупинити перейми, – було б краще для дитини, якби вона увесь відведений їй термін відлежала в животі. Мені капали магnezію, та перейми поступово і неухильно наростали. Вранці наступного дня я народила хлопчика.

Вага 1500 грамів, зріст 45 сантиметрів. Я слухаю записи акушерки, а краєм вуха намагаюся почути крик мого маленького, якого віднесли кудись у глиб родзалу і роблять із ним якісь маніпуляції. Лікар щось каже про зелені навколоплідні води, обхват шиї пуповиною. Моя тривога наростає. Нарешті чується слабенький писк. Майже відразу дитину поклали до кювезу й кудись понесли.

Ті декілька годин, які пролежала на каталці під родзалом, здалися мені вічністю. Я зрозуміла, що відтепер нічого не знаю і не почуваю крім того, що вже сама собі не належу. Щойно мене перевезли у палату, я, криючись від медсестер, пошкунтильгала до дитини. Виявилось, вона в реанімації.

...Коли я побачила свого хлопчика через пластик кювезу, не змогла стримати сліз. Маленький, худенький, він спав, а на блідому личку, яке я впізнала б серед тисячі, проступав вираз страждання. Я слухала лікарку, записувала ліки, які треба було принести, а сама думала про те, що своєю безвідповідальністю, злочинною легковажністю зашкодила своїй дитині. І це виправити неможливо.

Третього дня реанімобіль перевіз нас і ще декількох породіль із дітьми у спеціальне відділення обласної лікарні, де виходжували недоношених діток. Тут так само, як у пологовому, лікарі не говорили виразно про стан дитини: стабільно важкий. Чи виживе? Буде видно. А як буває у подібних випадках? По-різному.

Бути з дитиною у відділенні не дозволялося. Порядок був такий: діти ізольовані від батьків, їх доглядає медперсонал, мама тільки постачає молоко – тобто що три години приходиться, зціджує молоко у відведеній для цього кімнаті, а потім іде геть у своїх справах. Ночує мама у себе вдома. На щастя, заввідділенням пішла на певні поступки особливо наполегливим мамам і у підвалі будівлі облаштувала щось на зразок підпільного денного стаціонару, де можна було перебути час між зціджуваннями, а іногороднім – і переночувати.

Подивитися на дитину можна було тільки у спеціально відведений недовгий час і не щодня; мені вдалося, викликаючись на позачергові прибирання «зціджувальної» кімнати, деколи й частіше крадькома бачити свого маленького, якщо у його палаті не було лікарів.

На той час у мене почалися проблеми з грудьми. Молока було багато, вистачало ще декільком діткам попри мого, і матусі-колежанки жартували, що я, наче корова гольштинської породи – худа, костиста і дуже молочна. Від того, що дитина грудей не ссала, молочні протоки не розроблялись. Від постійного зціджування молока прибувало дедалі більше, а вивільнити його з грудей ставало все важче. У залозах утворились затвердіння, схожі на камені, почалася лихоманка. Удвох із чоловіком мусили розпочати пекельні вечірні процедури, коли він, наче бульдозерами, кулаками розбивав і розтирав ці каменюки з перемінним, утім, успіхом.

Але найважче було не це. Найскладніше було усвідомлювати, що ти не маєш жодного уявлення про майбутнє, не знаєш, чого сподіватися. Як складеться? Чи виживе твоя дитина? Чи зможе вона бути здоровою? Відповідей на ці питання ніхто не давав. Це був шок, заціпеніння, тиха і навальна депресія.

Я все пам'ятаю про ту зиму 1996-97 рр.: багатосніжну, холодну і для мене безпросвітну. Пам'ятаю, як ми з чоловіком щодня повечір'ям поверталися з лікарні, машинально вдома щось їли, розтирали груди і забувалися у тяжкому сні. Не знаю, як він, а я тоді жила механічно, не відчуваючи ні смаку, ні барв. Моє справжнє життя починалося тоді, коли я зціджувала молоко або мені щастило побачити мого синочка.

Мій малюк омріяні два кілограми від початкової позначки у 1450 г (після фізіологічної втрати ваги по народженні) набирав довго і трудно, аж півтора місяці. Оскільки молоко він отримував через зонд, його, щойно трохи оклигав, ще треба було навчити самостійно смоктати. Довгих два тижні медсестричка терпляче стояла біля нього з пипкою перед тим, як лікарка дозволила уперше прикласти до грудей.

Напевне, цей день був найщасливішим для мене тоді. Це ще не було справжнє годування, бо дитя ще не мало сили повноцінно ссати; однак те, що синок відразу й беззастережно схопив сосок своїми вустами, ну просто напався на нього – наша лікарка назвала великою перемогою. Маленький сердито сопів, мотав головою; часом мимоволі випускав сосок і тоді дуже дратувався; потім знову ссав і розумів, що йому бракує сили – а для мене навколо наче грала музика. Адже мій син був зі мною, пив моє молочко і хотів його – цей день був для мене неймовірним.

Невдовзі нас виписали. При цьому попередили, що в результаті обстеження мозку (нейросонографії) у сина виявлено кисти мозкових тканин і що це може бути наслідком численних мікроінсультів, які малюк пережив, з'являючись на світ. Унаслідок цього можливі порушення у роботі центральної нервової системи, адже уражені ділянки мозку не працюватимуть належним чином. Тому, аби запобігти небажаним наслідкам, нам порадили навчитися робити дитині системний масаж (віддалено схожий на інтенсивну фіззарядку), який охоплював би усі природні рухи тіла, розробку суглобів, а ще промацування, розминання, розтирання, погладжування тощо.

Суть рекомендацій зводилася до того, що моторний розвиток дитини передує і багато в чому зумовлює її інтелектуальний ріст, тож якщо уражені ділянки мозку відповідають за моторику, при наявності багаторазових сигналів, приміром, від кінцівок, про їхню активну діяльність, мозок сприйме їх і зафіксує на іншій, неураженій ділянці, і в такий спосіб, можливо, вдасться погасити наслідки утворення цих уражень. Тож якщо дитина отримує певне фізичне стимулювання, і моторний розвиток її є добрий, то є більші шанси досягти доброго й інтелектуального розвитку. Лікарі ще сказали нам, що протягом саме першого року життя, якщо працювати з дитиною і відповідно розвивати її, можна досягти хороших результатів і витягнути дитину із найважчих, здавалося б, станів і діагнозів.

...Тоді я все намагалася довідатись, чому дитина народилася недоношеною – адже я відчувала тягар вини, і мусила знати, що і де я зробила не так. Лікарі припускали, що до передчасних пологів призвело кисневе голодування дитини ще в утробі, про це свідчили зелені навколоплідні води під час пологів. А причиною цього була, найбільш імовірно, виражена анемія матері (показники гемоглобіну під час вагітності коливалися десь між 64-87). Згодом я прочитала також, що досить часто тривала анемія вагітної зумовлює затримку розвитку плоду, яка виражається в тому, що дитина внутріутробно розвивається як належить (усі системи, функції організму, мозок тощо), однак в якийсь момент практично перестає набирати вагу (т. зв. розвиток у згорнутому вигляді). Тоді я зрозуміла, чому мій Сашко, народившись на 34-му тижні вагітності, був занадто малий (худий) як на такий термін, хоча мав нормальний зріст. Отоді ж я пригадала і те, що у мене був зовсім невеликий животик і чимало знайомих навіть не здогадувалися про мою вагітність.

По приїзді додому почалися нові проблеми. Нас чекали – бабуси мого чоловіка і сам молодий тато підготували для нас окрему кімнату і зробили у ній ремонт; та коли ми прибули, я раптом збагнула, що винною у всьому вважають мене. Мені допомагали, і сьогодні я дуже вдячна за це моїй родині, однак, попри все, тодішнє мовчазне неприйняття було таки тяжкою ношею.

Удома Сашко виявився хлопцем із прикрим характером: він кричав увесь час, коли не спав. Оскільки ж він спав мало й уривками, то всім діставалося під зав'язку. Як ми пережили той перший рік, я і досі не знаю. Час – великий лікар, та подробиці тих днів закарбувалися в мою пам'ять назавжди. На щастя, у мене було грудне молоко, і багатьох проблем, пов'язаних із травленням, нам удалося уникнути.

Відразу по від'їзді з лікарні ми з чоловіком розпочали рекомендовані профілактичні масажі – щодня зранку і ввечері протягом року ретельно і пильно розробляли дитяче тільце. Це була нелегка справа – малий нестерпно кричав під час цих

необхідних процедур; складалося враження, що він не зносить навіть доторків до себе, при тому, що його, начебто, нічого й не боліло. Купання теж на початку було великою проблемою і тільки згодом маленький звук.

Усі ми жили у той час тривожним очікуванням: ловили кожен рух малого, кожен погляд чи звук, щоби завчасно помітити найменше порушення – і водночас страшенно боялися зіткнутися з цим.

У моторному розвитку відхилень начебто не було. Сашко почав тримати голівку, перевернувся, сів і поповз у загальновідомі строки або десь біля того. Однак крики продовжувалися і після трьох місяців, і після півроку, давалося взнаки напруження, яке, здавалося, випромінював мій маленький син. Сашко того часу нагадував мені пружинку, яка вистрілювала, щойно він прокинувся, а потім довго і з зусиллям згорталася, коли я годинами вкладала малого спати (показово, що мені доводилось його іще й притримувати рукою, наче Ваньку-встаньку, адже мій хлопчина зовсім не вмів розслаблятися).

Із часом (Сашкові виповнилося 6 місяців) мені вдалося вийти на відомого дитячого невропатолога і домовитися про обстеження. Під час огляду лікарка, перевіряючи реакції малого, робила усі необхідні маніпуляції і дитина знову, як завжди при таких медичних оглядах, щосили і безперестанку кричала. Коли я попросила вибачення, що не можу, мовляв, заспокоїти дитя, лікарка дуже спокійно відповіла, що це від мене анітрохи не залежить, оскільки моя дитина – невропат і з цим мені доведеться іще нашітися жити. Я спитала, що ж маю робити, і поважна пані-медичне світило, стенувши плечима, порадила: «Дотримуватися режиму дня. А ще мають бути мудрі батьки. Але це дуже важко і небагатьом вдається». Припис щодо режиму дня я постаралася реалізувати, і тільки з роками відчула його благотворні наслідки. А ось як щодо другого – не знаю. Тепер я думаю, що лікарка мала на думці увагу до дитини з боку батьків, засновану на взаємній згоді, але якраз згоди, як я розумію, нам часто бракувало. Тому не все вдавалося.

Із раннього віку в Сашка спостерігалася підвищена агресивність і драгівливість. Щоразу, потребуючи чогось, він так верещав, що єдиним порятунком від цієї тортури здавалося чимшвидше дати йому те, чого він хотів. З одного боку, не хотілося доводити його до стану, коли малий, вимагаючи свого, впадав у раж і починалася справжня істерика, з іншого – будь-які варіації на тему виховання все одно закінчувалися нічим. Здавалося, малюк не розумів слова «не можна». При тому загалом Сашко виростав веселим і привітним хлопчиком – тільки вже надто нетерплячим. Тому мені доводилося його буквально стерегти, щохвилини й щосекунди, щоби малюк, не дай Боже, не встромив ножиці в розетку, не попик собі пальці на газовій конфорці, не звалився у наповнену холодною водою ванну, не втік на прогулянці, не вистрибнув з 8-го поверху і т. ін.

Сказати, що я втомлювалася – це нічого не сказати. Вкупі з постійним недосипанням (а Сашко виявився жайворонком і вже о 6.00 був на ногах) і необхідністю увесь час концентрувати увагу на дитині якось умить відійшли у минуле всі мої захоплення – друзі, товариство, наукові інтереси, цікаві книжки. Відновитися не було як, я стала якоюсь загальмованою, і це одного разу трохи не обернулося трагедією. Якось, у віці одного року, Сашко черговий раз обстежував кухню і, не знаю вже, у який спосіб, але добрався до найдальших мішків із цукром та борошном, за якими знайшов отруту від тарганів і проковтнув її. У той час я снідала і паралельно читала книжку – треба сказати, я розслабилась, бо таких хвилин у моєму тодішньому графіку майже не було. Залишки з'їденого на грудні малого помітив мій свекор. На щастя, тоді все обійшлося – бо вчасно викликали швидку, однак страшно подумати, до яких наслідків могла призвести моя перевтома.

Після того випадку я внутрішньо зібралася – адже в моїх руках було синове життєзабезпечення. І хоча я завжди хотіла, щоб мій син виріс сміливим і відважним, його відчайдушність по-справжньому лякала мене – Сашко не те, що нічого не бояв

ся, навпаки, він був якимось екстремалом, шукав нагоди випробувати себе. У віці двох-трьох років він ще був дитиною «без гальма». З часом якісь захисні механізми усе-таки почали діяти, але недостатньо і тільки через деякий час після сигналу про небезпеку. Тоді ж я поступово почала розуміти, що у моєї дитини дещо зсунутий механізм гальмування – малий міг зупинити себе сам дещо пізніше, ніж це було потрібно, певний час він ще рухався за інерцією, і те, що збоку здавалося звичайним непослухом, було частково неконтрольованою Сашком реакцією його нервової системи.

Ось іще декілька характерних епізодів Сашкового зростання.

Сашкові 2 роки. Він у гостях у бабусі в малознайомому йому галицькому містечку. Граємося в пісочниці з іншими дітьми. Раптом, в одну мить, Сашко встає з піску і йде світ за очі. Позаду, витримуючи безпечну дистанцію, за ним іду і я, але малий цього не знає, оскільки не озирається. Цього разу малюк обійде добрих пів міста, перетне дві дороги, правильно крокуватиме тротуаром – і вже іншою дорогою повернеться на вихідну позицію перед бабусиним домом. А вже тут голосно розреветься, побачивши, що мами нема (я все ще позаду). Такий хист орієнтування у просторі мене одночасно вражає, лякає і захоплює. Хто з мого малюка виросте?

Сашкові 2,5 роки. Це не дитина, а справжній тайфун і для мами з татом, і для бабусь та дідусів. Оскільки малий послуговується всього 6-ма словами, а жестикуляцію досконало розуміє лише мама, якої зараз тут, у бабусі, нема, – спілкування з онучком перетворюється на справжній кошмар. Хлопець бунтує, незадоволення виявляє перевіреним способом – улаштує гучні істерики. Щоби погодувати нашого горляня, доводиться відволікати його увагу, для чого влаштовуються справжні циркові вистави.

Сашкові 3 роки. У цей час мій синок починає помічати маму, на що досі елементарно не мав часу. Сашко силкується показати мені усю любов і ніжність, на яку тільки здатен. Це, на-

певне, один із найщасливіших моментів мого життя. Я відчула, що мій син любить і приймає мене. Він намагається бути чемним скількимога, по-дитячому прагне мені догодити.

Три з половиною роки. Ура! Ми заговорили! Я виношу Сашка з ванної кімнати, і, витираючи, примовляю: «Який наш Сашок? Босий і голий!» (і так 20 разів), після чого мій легінь, нарешті, починає видавати звуки, підозріло схожі на вищесказане з точною моєю інтонацією. Щойно тоді нам усім попустило: дитина говорить, а значить, із її розвитком усе буде гаразд.

Удома Сашок поводитьсь, наче м'ячик пінг-понгу: бігає і скаче весь час, коли не спить. Шустрий, повний життя, він, наче мавпа, умудряється здолати і освоїти поверхні, які, на мою зашорену думку, геть непридатні для людського існування. Часом здається, що й сила тяжіння безпорадна перед Сашковою енергійністю. Напевно, мало яка родина змушена так часто міняти й ремонтувати меблі, як наша: на жаль, дивани, полицки й столи геть не розраховані на такі пробивні колінця і ліктики, як у нашого сина.

Прогулянки у нас відбуваються дещо специфічно: малий, щойно навчившись ходити (точніше, відразу бігати), раз і назавжди вирвав свою руку з моєї і, коли ми кудись ішли, то він не йшов поряд, як переважно ходять діти, а намотував коли радіусом десь у 30-50 м, періодично пробігаючи повз мене з індіанськими вигуками і відлякуючи випадкових перехожих. Уже стомившись боятися за малого, я поклалася на волю Божу, та й ходила собі спокійно з Сашком усюди, куди треба було.

Та одного дня з нами за компанію пішла моя мама і, розпочавшись побаченням, вилаяла мене за те, що не стежу за сином. Тоді вона взялася «пилнувати» онука, аж доки за неповних 10 хвилин безперервних і безуспішних окликань не зірвала свій тренований учительський голос.

Садочок. Уперше ми віддали Сашка до дитячого садка у 2 роки 3 міс., – і я зараз думаю, що цього не слід було робити. По-перше, малюк відразу почав хворіти; по-друге, він, напевно,

ще психологічно не дозрів на той час до садка – бо мало грався з дітьми і виглядав якимось насупленим і «замороженим». Друга спроба у три з половиною роки виявилася більш вдаюю – хоча садочка малий так і не полюбив, незважаючи на притаманний йому колективізм. Сьогодні я думаю, що Сашко просто був дуже прив'язаний до мене і мене йому постійно бракувало – і хоча ми достатньо були вдома разом, цього, як кажуть, ніколи не буває забагато. Цікава річ: хоча мій син всілякими способами завжди прагнув повернути до себе увагу, дитячих ранків він ніколи особливо не любив і не горів бажанням «виступити». Було б цікаво дізнатись, яка форма публічності буде властива Сашкові в дорослому віці.

Школа. Можливо, якби ми віддали Сашка до школи у 7, а не в 6 років, як це загальноприйнято сьогодні, нам удалося б уникнути деяких труднощів і проблем. Зараз це здається кумедним, але на рішення віддати дитину до школи в 6 років істотно вплинув той факт, що попередньо Сашко відвідував «Горішок», т.зв. підготовчу школу, і ми як батьки думали, що зробили все можливе, аби полегшити синові початки шкільного життя.

Тепер Сашко у третьому класі, і, здається, це перший рік, коли я змогла дихнути вільніше. Попередні два роки пішли на адаптацію, набуття якихось навичок життя в колективі, а вже що вдалося засвоїти із вивченого матеріалу – питання третє, хоча і не останнє. Якийсь час я дуже дивувалась, що малий, повернувшись зі школи, нічого з вивченого сьогодні не пам'ятає, і нам доводилось усе заново проходити під час виконання домашніх завдань. Це становило проблему, бо виявилось, що дитина зовсім не вміє концентрувати увагу і зосереджуватись. Щохвилини відволікання на тисячу предметів поза уроками унеможлиблювали будь-яке нормальне структуроване заняття. Хотілося чимшвидше закінчити, випустити дитину надвір і не мучити ні себе, ні її. Я багато займалася з сином, проте результату не було, мені здавалося, що зусилля ідуть у пісок.

Зрозуміло, Сашкова «шкільна наука» бурхливо-обурливо сприймалася його вчителькою. Довгий час вона думала, що батьки пустили цю дитину на самоплив і тільки вигляд роблять, що працюють із нею. Та, вислуховуючи одного разу її численні скарги, я обмовилась, що, мовляв, Сашко і вдома незручна дитина; що маю робити, коли такий уже вдався. Якось умить наша Оксана Миколаївна оцінила всю «радість» такого співжиття, тихо сказавши «Ну що ж, дітей не вибирають», і з того часу почала ставитись до мене по-іншому, зі співчуттям якимось чи що.

Одного дня вчителька порадила мені перевести Сашка до іншого класу – мовляв, це т.зв. «англійський» клас, дуже багато обдарованих і сильних дітей. А ваш хлопчик слабенький і не встигає, діти з нього насміхаються, може, в іншому класі у нього оцінки будуть вищі. Я тоді заперечила, що достатня кількість уроків англійської сама по собі зашкодити не може і оцінки мене особливо не хвилюють, однак задумалась. Сам Сашко переходити до іншого класу не хотів – йому подобалося в своєму, хоча чисаме казав мені, що з нього «діти сміються», і було складно визначити, чи це його ображає, чи навіть трохи подобається. Гадаю, Сашко надається на роль класного «клоуна», паяца, і я не бачу в цьому чогось особливо поганого, може тому, що колись і мені, записній відмінниці, дуже хотілося посмішити всіх, та я мусила стримуватися «за статусом».

Я швидко збагнула, що система навчання у нашій школі не розрахована на таких дітей, як мій син, і поставила собі за мету зацікавити малого пізнанням світу і відкриттям нового – байдуже, у якій формі. А далі, якщо Сашкові буде цікаво, він зможе розвиватися і сам, щось читаючи, досліджуючи. Тому розпочали з читання.

Тут головне було – не відступити. Бо на початках Сашко відповів мені незгодою з усіма моїми планами і всіляко ухилився від обов'язкового щоденного читання 2-3 сторінкового оповідання на канікулах. Я спеціально вибрала книжку добру, смішну і цікаву водночас, із маленькими розділами, «Водя-

ничка» Отфріда Пройслера. А після прочитання несамохіть, при нагоді, розмовляла із Сашком про пригоди персонажів, питала, що сподобалося, що смішне. Звичайно, не раз доводилося хлопця і примушувати, і обіцяти якусь негайну нагороду – в хід ішли всі можливі способи спонування-заохочення. Я сама не люблю читати вголос, а тому потрохи підводила сина до читання «про себе». На все про все у нас пішло ціле літо. Однак... після першого «примусового» читання Сашко вже самостійно прочитав книжку восени вдруге, а взимку по-сипалися незліченні «Гаррі Поттери» і т.д. У силовому полі «Поттеріани» Сашко перебував досить довго (тут зіграли свою роль, поряд із книжками, фільми та комп'ютерні ігри – утворилося своєрідне інтерактивне середовище, у яке залучена дитина), і ще й тепер часом туди «зазирає», але, як видається, знайшов також і альтернативу. Це численні „Незнайки” М. Носова, «Робінзон Крузо» Д. Дефо, «Тореадори з Васюківки» В. Нестайка, цікаві дитячі енциклопедії про тварин, рослин, мистецтво з серії «Що? Як? Чому?» тощо. Сьогодні Сашко читає багато, і я бачу, що це приносить йому радість.

Щось подібне ми робили і з математикою. Про це більше може сказати моя мама, яка, 40 років пропрацювавши у школі, скаржилася, що такого «легкого» учня, як її онучок, у неї ще не було. Сашкові було важко зрозуміти, що в математиці є тільки один точний результат; що більше число треба ділити на менше, а не навпаки; що віднімати від меншого числа більше в арифметиці не припускається. Втім, я потайки радію, бо думаю, що з Сашковими «припущеннями» йому буде легше згодом у складнішій математиці, де існують і тисячні дроби, і від'ємні числа. Побачимо. А поки що в нас є книжка захопливої математики «В країні міркувань», яку син часто гортає, щось для себе відшуковуючи. Побачимо.

Взагалі Сашко – справжній експериментатор. Його надзвичайно приваблює можливість зробити щось своїми руками, щось перевірити, змайструвати тощо. Він вмить запалюється,

проте і швидко холоне. Я думаю, він виросте винахідником. Яюсь я замислилась над тим, що мій непосидючий Сашко навчив мене багатьох речей, до яких я сама точно не дійшла б: улаштувати вечірку на балконі; змагатися наче лицарі; грати в подушковий волейбол; будувати діючу модель вулкана і показувати її всім знайомим-незнайомим і в школі; клеїти космічний скафандр із пап'є-маше і розмальовувати його; робити пісочний годинник; лаштувати з цераги плащ Бетмена, майструвати пов'язку-окуляри Черепашки-ніндзя, малювати знак Гаррі Поттера і ще багато-багато чого.

Мені здається, що певною мірою ми здійснюємося у житті такими, якими нас бачать наші батьки. І, будь-що, їхня оцінка є важливою для нас. У наших стосунках із Сашком було порізно: то я впадала у відчай, уявляючи, що може вирости із цього малолітнього хулігана й істерика; то плекала надію, що вищі й сильніші пагони дадуть саме добрі якості мого сина. Перелом відбувся, коли я утвердилася в думці, що мій Сашко хороший і здібний, дуже здібний хлопчик, просто він нестандартний і не дуже вписується в існуючу, достатньо вузьку, як на мене систему визначень. Припускаю, моє переконання вплинуло якимось чином і на Сашка (а головне, напевне, усе-таки на мене), бо відтоді справи істотно пішли на лад.

Однією з серйозних проблем до останнього часу були періодичні істерики. Із часом вони порідшали, від кількох у день (у 3 роки) до 1-2 у тиждень; та однаково, ці страшенно втомлюючі «події» аж ніяк не прикрашали родинне життя. На щастя, наш завжди зайнятий на роботі батько не часто був їхнім свідком, а мені таки перепадало. Можливо, з такою проблемою частіше стикаються батьки, котрі, як я, мали клопоти з дитиною при народженні і підозрюють наявність якоїсь медичної проблеми. Дитина ж у таких випадках дуже швидко вчиться маніпулювати страхом своїх близьких і використовує їх у своїх цілях. Я розуміла, що у певному сенсі виявилася заручницею власних страхів, але вирватись із зачарованого кола самотуж-

ки не могла. Ми звернулися з цією проблемою в НРЦ «Джерело», де нам надали змогу відвідувати семінари з поведінково-го керівництва для батьків гіперактивних дітей. Ми працюємо з Сашком за методикою центру вже місяць і наразі є перші результати, які сповнюють мене великим оптимізмом. Ми вчимося більше хвалити і заохочувати сина, запровадили «меню нагород» і систему балів, і з усього видно, що такий ігровий «виховний процес» подобається Сашкові куди більше, ніж попередній. Крику і шуму вдома стало помітно менше, а мама тішиться збереженими нервами.

З того часу, коли я писала вищенаведені нотатки, минуло трохи більше року. У нашому житті відбулося чимало змін. Як не дивно, ми майже забули про Сашкові істерики. Я змінила фах і тепер займаюся питаннями освіти, серед інших – питанням ефективності освіти в сучасних умовах. Цей рік минув для нас, можна сказати, під знаком ГРДУ. Я, а слідом за мною і наша родина відкривали для себе й опановували існуючий інструментарій поведінкового керівництва.

Перше і найголовніше, що зазнало зміни – це наше батьківське ставлення до нашого хлопчика, у яке поступово і непомітно увійшли розуміння обмежень дитини і поблажливість до неунікних помилок; віра у Сашка і прагнення підтримати, допомогти у подоланні труднощів; якимось наче сам собою в родині усталився позитивно-нейтральний мікроклімат, у якому наш син буквально розцвів, а з ним і всі ми. Доброю звичкою для мене стала майже рефлексорна потреба хвалити і підбадьорювати Сашка – за діло, звичайно – і виявилось, що це потрібно нашій сім'ї як повітря.

Із часом я відчула, як це надзвичайно важливо і цінно – підтримувати і любити, десь прощаючи, десь «недопомічаючи» – і не лише для Сашка, а для кожного з нас, таких на-

справді суворих і нещадних до себе і до своїх ближніх. Це змінило мої уявлення про світ людей, я тепер бачу, як нам усім бракує щастя і як мало для його досягнення потрібно – усього лише трохи терпимості і бережливості у ставленні один до одного – якостей, які досі зовсім не здавалися мені визначальними у понятті життєвого успіху (примітно, що зазнало трансформації і саме уявлення про успіх).

Також я побачила, якою мірою наше суспільство не бере до уваги, фактично ігнорує своїх же співгромадян із їхніми специфічними особливостями. Навіть, як би це цинічно не прозвучало, кількісно велику групу. Адже дітей і дорослих із ГРДУ багато – вони є у кожному класі, дворі, колективі. Між тим наша давно застаріла освітня система по-блюзнірськи сліпа і глуха до потреб та інтересів таких дітей – їх, переважно тактильників та кінестетиків, змушують годинами непорушно сидіти за партами, сприймати інформацію переважно на слух, а при поданні навчального матеріалу здебільшого в логічно-аналітичних зв'язках – позбавляють змоги включити фантазію, залучити потужний творчий потенціал. Усе, що мають і можуть ці особливі діти подарувати світові – щирість і безпосередність, запал до діяльності, нестандартність у підходах, енергійність і швидкість – виявляється непотрібним і нецікавим спочатку нашій школі, а потім і виплеканому нею суспільству. А по-моєму, немає нічого гіршого у житті за відчуття своєї непотрібності, нікчемності, неспроможності хоча б щось у такому стані речей змінити. Скільки я знаю людей, які елементарно погасли! Погасли ще дітьми, замолоду втративши бажання і любов до життя, і тепер бредуть своєю життєвою стежиною за інерцією.

Так, наші діти з ГРДУ потребують специфічних підходів у навчанні, вихованні, у житті, зрештою. Вони потребують постійних наших зусиль, а як же це важко! Знаю по собі. Однак усі ці спеціальні заходи, вимагаючи якогось зусилля на засвоєння і вироблення навичок, усе ж таки навіть із погляду елементар-

ного здорового глузду видаються мудрими і доцільними, причому не тільки щодо гіперактивних дітей – адже усім без винятку потрібна окрема хвилина персональної уваги, зоровий контакт, щира похвала і теплий дотик (пригадаймо, шановні, коли ми давали усе це своїй дитині востаннє); а яким же цікавим і ефективним може стати навчання, якщо в його основі лежатиме предметна діяльність, робота в малих групах, експериментування і заохочення дітей до висловлення власних думок і вміння робити вибір!

Саме життя кличе нас змінювати свої підходи – змінювати стандарти, змінювати бачення. Якщо ми хочемо бачити наших дітей щасливими, а їхнє (і своє!) життя повним і яскравим, ми мусимо запроваджувати ці стандарти – нехай спочатку у своєму малому колі, у сім'ї, у класі. З часом ми вийдемо і на ширше коло. Тим більше, що ці стандарти надають живості і змісту, осмислення і цінності зростанню усіх без винятку дітлахів – і з ГРДУ, і без ГРДУ, з тисячею інших вад і чеснот.

ДОДАТКИ

№	Наименование	Единица измерения	Количество	Стоимость
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100

Додаток # 1

**Взірець опитувальника для батьків із симптоматики
ГРДУ (модифікація на основі діагностичних
критеріїв DSM IV та шкали “NICHQ Vanderbilt”**

Дата: _____ Ім'я та прізвище дитини: _____

Ім'я та прізвище особи (осіб), що заповнювала опитувальник
(батьків/опікунів/інш.): _____

Інструкція: Будь-ласка, оцініть поведінку дитини за допомогою ниж-
ченаведеного опитувальника. При оцінюванні орієнтуйтеся на
найбільш типову поведінку дитини протягом останніх шести місяців
у порівнянні до типової поведінки ровесників.

Симптоми	ніколи	рідко	часто	дуже часто
1. Не зосереджується на деталях, робить ненавмисні помилки в письмових завданнях	0	1	2	3
2. Має труднощі у виконанні завдань, які потребують тривалого зосередження уваги	0	1	2	3
3. Часто не слухає, коли до нього говорять	0	1	2	3
4. Не дотримується вказівок і не виконує до кінця дані доручення та завдання (однак не через навмисну відмову чи незрозуміння завдання)	0	1	2	3
5. Має проблеми з організацією діяльності та завдань	0	1	2	3
6. Уникає, не любить чи неохоче погоджується виконувати завдання, що вимагають тривалого зосередження уваги	0	1	2	3
7. Губить речі, необхідні для виконання завдань або іншої діяльності (іграшки, олівці, книжки і т.д.)	0	1	2	3
8. Легко відволікається на сторонні подразники	0	1	2	3

9. Забудькуватий у щоденній діяльності	0	1	2	3	
10. Метушливо рухає руками чи ногами, вовтузиться на місці	0	1	2	3	
11. Встає зі стільця під час уроку або в іншому місці, де вимагається сидіти	0	1	2	3	
12. Бігає довкола, усюди лазить в ситуаціях, коли вимагається залишатися на одному місці	0	1	2	3	
13. Не вміє тихо, спокійно бавитися	0	1	2	3	
14. Діє, немов "заведений" – наче іграшка з увімкненим внутрішнім "двигунцем"	0	1	2	3	
15. Багато говорить	0	1	2	3	
16. Відповідає, не дослухавши до кінця запитання	0	1	2	3	
17. Не може дочекатися своєї черги	0	1	2	3	
18. Перебиває чи втручається в розмову/заняття інших осіб	0	1	2	3	
Успішність у різних сферах життя	дуже добре	добре	посередньо	часом із труднощами	значні труднощі
19. Загальна оцінка успішності в школі	1	2	3	4	5
20. Читання	1	2	3	4	5
21. Письмо	1	2	3	4	5
22. Математика	1	2	3	4	5
23. Стосунки з батьками	1	2	3	4	5
24. Взаємовідносини з братами/сестрами	1	2	3	4	5
25. Стосунки з однолітками	1	2	3	4	5
26. Участь у спільних/командних іграх та іншій груповій діяльності	1	2	3	4	5
27. Самоорганізованість	1	2	3	4	5
28. Виконання вказівок/дотримання правил	1	2	3	4	5

Додаток # 2

**Взірець опитувальника для вчителів із симптоматики
ГРДУ (модифікація на основі діагностичних
критеріїв DSM IV та шкали “NICHQ Vanderbilt”**

Дата: _____ Ім'я та прізвище дитини: _____

Ім'я та прізвище вчителя, що заповнював опитувальник: _____

Посада вчителя (викладач певного предмету, класний керівник, інше): _____

Інструкція: Будь-ласка, оцініть поведінку дитини за допомогою нижченаведеного опитувальника. При оцінюванні орієнтуйтеся на найбільш типову поведінку дитини протягом останніх шести місяців у порівнянні до типової поведінки ровесників.

Симптоми	ніколи	рідко	часто	дуже часто
1. Не зосереджується на деталях, робить ненавмисні помилки в письмових завданнях	0	1	2	3
2. Має труднощі у виконанні завдань, які потребують тривалого зосередження уваги	0	1	2	3
3. Часто не слухає, коли до нього говорять	0	1	2	3
4. Не дотримується вказівок і не виконує до кінця дані доручення та завдання (однак не через навмисну відмову чи нерозуміння завдання)	0	1	2	3
5. Має проблеми з організацією діяльності та завдань	0	1	2	3
6. Уникає, не любить чи неохоче погоджується виконувати завдання, що вимагають тривалого зосередження уваги	0	1	2	3
7. Губить речі, необхідні для виконання завдань або іншої діяльності (іграшки, олівці, книжки і т.д.)	0	1	2	3
8. Легко відволікається на сторонні подразники	0	1	2	3

9. Забудькуватий у щоденній діяльності	0	1	2	3	
10. Метушливо рухає руками чи ногами, вовтузиться на місці	0	1	2	3	
11. Встає зі стільця під час уроку або в іншому місці, де вимагається сидіти	0	1	2	3	
12. Бігає довкола, усюди лазить в ситуаціях, коли вимагається залишатися на одному місці	0	1	2	3	
13. Не вміє тихо, спокійно бавитися	0	1	2	3	
14. Діє, немов "заведений" – наче іграшка з увімкненим внутрішнім "двигунцем"	0	1	2	3	
15. Багато говорить	0	1	2	3	
16. Відповідає, не дослухавши до кінця запитання	0	1	2	3	
17. Не може дочекатися своєї черги	0	1	2	3	
18. Перебиває чи втручається в розмову/заняття інших осіб	0	1	2	3	
Успішність у різних сферах життя	дуже добре	добре	посередньо	часом із труднощами	значні труднощі
19. Загальна оцінка успішності в школі	1	2	3	4	5
20. Читання	1	2	3	4	5
21. Письмо	1	2	3	4	5
22. Математика	1	2	3	4	5
23. Виконання вказівок учителя	1	2	3	4	5
24. Поведінка на уроці	1	2	3	4	5
25. Стосунки з однокласниками	1	2	3	4	5
27. Самоорганізованість	1	2	3	4	5

Додаток # 3

Взірець пам'ятки для дітей та для батьків щодо розвитку навичок вирішення проблем.

Пам'ятка для батьків

Допомагайте своїм дітям вчитися самостійно і мудро вирішувати свої проблеми!

Багато дітей із поведінковими проблемами діють імпульсивно – “не думаючи”. Тому для них надзвичайно важливим життєвим навиком є вміння зупинитися, перш ніж діяти, подумати над найкращим шляхом розв'язку проблемної ситуації, і лиш тоді діяти. Від вміння вирішувати проблеми справді залежить майбутнє вашої дитини, тому дуже важливо допомогти їй розвинути цю навичку. І ніхто більше ніж батьки не може допомогти їй навчитися цього!

Що ви можете для цього зробити?

- ♦ Щоразу, коли дитина стикається з певною проблемою, нагадайте їй 5-кроковий алгоритм дій і підтримайте у тому, щоби вона самостійно знайшла і застосувала найкращий спосіб вирішення проблеми.
- ♦ Заохочуйте дитину, коли вона застосовує правило “Зупинись-подумай-дій” для вирішення різних проблемних ситуацій (див. нижче відповідну пам'ятку для дітей).
- ♦ Використовуйте кожну можливість, щоби практикувати цю навичку вирішувати проблеми.
- ♦ Будьте взірцем і моделлю для дитини у вирішенні проблем.
- ♦ Пам'ятайте, що дитині потрібно багато часу і практики, щоби засвоїти нову навичку і добре оволодіти нею. Не знеохочуйтеся від невдач, але будьте послідовним і люблячим тренером у розвитку цієї навички в вашої дитини!
- ♦ Успіху вам та вашій дитині!

Пам'ятка для дітей

Золоте правило:

ЗУПИНИСЬ-ПОДУМАЙ-ДІЙ!

1. Коли стикаєшся з трудностю – зупинись та проаналізуй проблему.
2. Подумай, якими можуть бути різні шляхи розв'язку проблеми і які позитивні та негативні сторони та наслідки вибору кожного з них.
3. Вибери той спосіб дій, який є найкращим.
4. Дій.
5. Якщо не вдасться досягти бажаного результату – не знеохочуйся, а вибирай запасний варіант.

Успіхів!

Додаток #4

**Протокол застосування тайм-ауту
(модифіковано за Barkley, 1997)**

- ♦ Суть тайм-ауту полягає у тимчасовій ізоляції дитини з середовища, де бути цікаво і приємно, у місце, де немає жодних можливостей щодо розваг. Тільки тоді тайм-аут діє. Відповідно, тайм-аут не діє, якщо дитину послати в куток замість того, щоби вона робила уроки чи в її кімнату, де багато іграшок і т.п. Водночас місце тайм-ауту не повинно лякати дитину чи викликати в неї відчуття приниження. Тому не можна застосовувати для тайм-ауту ізоляцію дитини під ключ у кімнаті чи в темному приміщенні, де їй страшно. Тайм-аут не повинен лякати дитину чи принижувати, але він повинен бути небажаним, свого роду «втраченим часом».
- ♦ Дитина повинна наперед розуміти процедуру тайм-ауту. Звичайно вона застосовується у віці 2-10 років, а відповідно, більшості дітей цього віку можна пояснити її на прикладі тайм-ауту в хокеї, чи червоної картки у футболі, чи штрафмайданчику для автомобілів. Важливо, щоб дитина розуміла, що мета тайм-ауту виховна, ви хочете навчити її «грати за правилами», а тому з любові до неї допомагаєте їй навчитися контролювати себе, щоб могли дотримуватися правил.
- ♦ Ідеальне місце для тайм-ауту – це крісло біля стіни чи в кутку, де нема поруч жодних розваг. Важливо, щоб місце було безпечне, але не страшне. Важливо також, щоб під час тайм-ауту з дитиною ніхто не говорив, не потішав її, не «вчитував» і т.п. Альтернативою кріслові може бути ліжко або кімната (але в останньому випадку важливо, щоб вона була «стерильною» в плані можливості розважатися). На ігрових майданчиках чи в громадських місцях місцем для тайм-ауту може бути лавка (бажано теж повернена у сторону, де мало цікавого), просто місце біля стіни чи в коридорі, заднє сидіння в автомобілі. Для підлітків тайм-аут звичайно полягає у домашньому арешті за серйозні поведінкові порушення. У такому випадку звичайно відбувається позбавлення і всіх домашніх привілеїв: телевізора, комп'ютера, телефону і т.д.

- ♦ Тривалість тайм-ауту: вік дитини помножити на 1-2 хвилини.
- ♦ Важливо, щоб мама і тато були однодумцями і послідовними у застосуванні тайм-ауту.
- ♦ Важлива послідовність і твердість: дитина повинна усвідомлювати, що є правила і їх важливо дотримуватися. Порушення правил веде до передбачуваних негативних наслідків. Це можна пояснити дитині на прикладі правил дорожнього руху – вони існують для загальної безпеки, добра та зручності. Старшим дітям можна пояснити також на прикладі політичних систем демократії, авторитаризму та анархії.
- ♦ Починати процедуру впровадження тайм-ауту звичайно рекомендується з одного-двох підвидів проблемної поведінки (наприклад, кидання іграшками в рідних, відмова прибирати іграшки і т.п.). Важливо бути готовими, що на початках запровадження тайм-ауту поведінка дитини може погіршитися – вона випробовує встановлені батьками рамки «на міцність» – тому важливо бути до цього готовими і не здаватися.
- ♦ Якщо тайм-аут впроваджується за відмову виконувати вказівку, то після першого разу ігнорування вказівки вона повторюється ще раз з попередженням, що у разі відмови її виконання дитина піде в куток – і тоді рахується вголос 5-4-3-2-1. Якщо дитина далі не реагує, тоді твердо, рішуче, але без грубості та насильства ведемо дитину в кут і пояснюємо, що вона буде тут, доки їй не буде дозволено вийти. Старшим дітям можна назвати кількість хвилин, встановити таймер.
- ♦ Якщо тайм-аут впроваджується за порушення встановленого правила (наприклад, не можна кидатися іграшками в рідних – звісно, йдеться не про ігрову ситуацію), то тоді дитину відводиться в кут одразу після вчинку без попередження, оскільки дитині раніше було пояснено, що цього робити не можна і за це буде куток.
- ♦ Коли дитина перебуває в кутку, важливо стежити за нею, чи вона самовільно з нього не вийшла, але при цьому важливо не розмовляти з дитиною.
- ♦ Якщо час тайм-ауту скінчився, при умові, що дитина спокійно поводиться (якщо дитина кричить чи б'є ногою стіну, то важливо не підходити, доки вона не заспокоїться, бо інакше в неї може скластися хибне враження, що такою поведінкою можна прискорити вихід з тайм-ауту), треба підійти до дитини і запитати, чи тепер вона готова виконати вказівку/не порушувати більше встановлене правило. Якщо так,

тоді дати дозвіл дитині покинути куток, якщо ні – продовжити перебування в тайм-ауті ще на один період.

- ◆ Коли дитина вийшла з кутка, то при найближчій нагоді, коли вона зробить щось добре, важливо похвалити її, щоб вона відчула, що стосунки не постраждали і що її проступок не означає, що на неї ображені, сердяться і т.п.
- ◆ Якщо дитина відмовляється йти в куток, чинить фізичний опір, поводить себе агресивно у відповідь на спробу завести її в куток – тоді важливо не застосовувати грубої сили, але твердо і спокійно попередити, що, коли вона добровільно не піде в куток, її чекає штраф (наприклад, втрата певної відчутної суми балів при застосуванні бальної системи) або втрата цінного для дитини привілею (наприклад, цілий день без мультфільмів).
- ◆ Якщо дитина покидає куток без дозволу, тоді її треба повернути в куток і попередити, що тепер вона буде перебувати там дещо довше (і назвати кількість доданих хвилин). Іншим варіантом може бути застосування бального штрафу або втрати привілею за вихід із кутка без дозволу. Ще іншим варіантом – змінити стілець на кімнату, але тоді значно продовжити час тайм-ауту. Маленьким дітям, яким просто фізично важко втримати себе на стільці, може придатися варіант, що дорослий тримає дитину в себе на колінах – але мовчки. Такий самий підхід стосується тих випадків, коли дитина в тайм-ауті поводить себе у неналежний спосіб – наприклад, гойдається на стільці, пробує нищити меблі і т.п.
- ◆ Часом діти роблять різні хитрощі, щоб їм дозволили вийти з тайм-ауту передчасно (типу «хочу в туалет», «хочу їсти», «ти жорстока, мене не любиш» і т.п.) – ці маніпуляції варто ігнорувати. Те саме стосується і маніпулятивного плачу. Втім інколи маленькі, емоційно вразливі діти можуть дуже плакати в тайм-ауті без маніпулятивних мотивів. Таким дітям може також підходити той варіант тайм-ауту, коли доросла особа тримає їх у себе на колінах.
- ◆ Часом діти відмовляються вийти з кутка – «мені тут добре, я можу сидіти тут, мені це подобається». Важливо розуміти, що це також маніпуляція і тоді нагадати дитині, що вона повинна вийти з кутка і виконати дану їй попередньо вказівку, а якщо вона відмовляється, то буде оштрафвана ще раз на таку ж кількість хвилин (або у інший спосіб втратою привілею чи балів).

Додаток # 5

Взірець інформаційного буклету для батьків.

Якщо у Вашої дитини ГРДУ (гіперактивний розлад із дефіцитом уваги)... *Інформація для батьків*

Майже всі діти люблять багато рухатися, є непосидючими, нетерплячими та часто неуважними. Втім, щонайменше у 3% дітей шкільного віку ці характеристики виражені надмірно і невідповідно до віку, а тому призводять до значних поведінкових проблем. Такі діти за своєю природою вже з раннього віку *гіперактивні* – вони не просто багато рухаються, а надто багато рухаються, *імпульсивні* – діють під натиском своїх бажань та почуттів, не встигаючи подумати про наслідки та правила, а також *мають труднощі з тривалим зосередженням уваги* на чомусь, що є для них малоцікавим – як-от на уроці, виконуючи домашні завдання тощо. У цих дітей фахівці діагностують ГРДУ – гіперактивний розлад з дефіцитом уваги – один із найпоширеніших поведінкових розладів у дітей. Цей розлад історично має багато назв та синонімів – мінімальна мозкова дисфункція, синдром психомоторної розгальмованості, гіперкінетичний розлад та ін.

ГРДУ обумовлений незрілістю певних зон головного мозку, які відповідають за функцію контролю над поведінкою: а саме за здатність тимчасово «пригальмовувати» свої «імпульси» – тобто бажання, почуття – щоби зупинитися і подумати про можливі наслідки своїх дій, узгодити їх із соціально прийнятими правилами, бажаннями та почуттями інших людей, – і щойно тоді діяти у найбільш адекватний до ситуації спосіб. У дітей із ГРДУ ця гальмівна, контролююча та організуюча функція кори головного мозку не розвинена відповідно до віку. Внаслідок цього їхня поведінка часто є проблемною, що позначається на стосунках із батьками, здатності успішно вчитися в школі, бути в колективі ровесників, зрештою, потерпає їхня власна самооцінка.

Утім, дітям із ГРДУ можна допомогти! Сучасні методи психологічної допомоги та медикаментозної терапії, грамотно застосовані у тісній співпраці з батьками та педагогами, можуть суттєво зменшити поведінкові проблеми дитини, допомогти їй повноцінно розвиватися та реалізувати себе у цьому світі. Натомість, якщо сім'ї та ди-

тині не надати належної допомоги, то, на жаль, із віком проблеми в дитини можуть лише нагромаджуватися і її повноцінне доросле життя та самореалізація можуть опинитися під загрозою.

Найпершим і найважливішим кроком у допомозі дитині є вчасна діагностика ГРДУ, а також освіта батьків щодо причин та проявів цього розладу та ефективних способів допомоги. Більшість поведінкових проблем дитини обумовлені не її злою волею чи неадекватним вихованням із боку батьків, а біологічними особливостями мозку дитини. Тільки добре розуміючи особливості своєї дитини, батьки можуть стати її адвокатами та допомагати їй долати поведінкові проблеми, повноцінно розвиватися, вчитися, інтегруватися в колектив ровесників. Своєчасна діагностика ГРДУ вже у ранньому віці дає дитині шанс успішного старту в житті...

Отож, спробуйте оцінити поведінку своєї дитини за нижченаведеною анкетой. Відзначте галочкою наявність у Вашої дитини основних симптомів ГРДУ.

Моя дитина часто...

- безперервно рухається, не може довго сидіти на одному місці, бігає чи лазить тоді, коли вимагається сидіти на місці*
- багато говорить, перебиває інших, недоречно втручається в розмову інших*
- не може витерпіти, коли треба чогось чекати (як-от, наприклад, своєї черги в грі чи у крамниці)*
- має проблеми з утриманням уваги на завданні, легко відволікається на сторонні подразники*
- «відсутня», «десь літає в іншому світі», не чує, коли до неї говорять*
- не зосереджується на деталях, робить ненавмисні помилки через неухважність у класних/домашніх завданнях*
- діє «імпульсивно», не подумавши про наслідки чи правила*
- не має страху, часто діє надто ризиковано*
- створює проблеми своєю поведінкою в сім'ї, у садочку/школі, у стосунках із ровесниками*

Якщо Ви позитивно відповіли на більшість із цих запитань, то досить імовірно, що у Вашої дитини ГРДУ. Проте остаточний діагноз може встановити лише команда компетентних фахівців, які всебічно обстежать вашу дитину, зможуть відрізнити ГРДУ від інших причин, що призводять до схожих порушень поведінки, виявлять

можливу присутність інших супутніх проблем – і щойно тоді, представивши Вам повну інформацію обстеження, разом із Вами спланують та реалізують необхідну програму допомоги Вашій дитині. Така програма складається індивідуально для кожної сім'ї та дитини і може включати наступні форми допомоги:

- ◆ інформація для батьків про ГРДУ та навчання основних методик керування поведінкою дитини у позитивний спосіб
- ◆ групові психологічні тренінги для дітей
- ◆ консультування вчителів/вихователів навчального закладу, який відвідує дитина щодо методів керування поведінкою дитини та сприяння її успішному навчанню та соціальному розвитку
- ◆ медикаментозна терапія
- ◆ відеотренінг спілкування між батьками та дитиною
- ◆ психотерапія для дитини/сім'ї

У навчально-реабілітаційному центрі «Джерело» створено сучасну модель допомоги дітям із ГРДУ та їхнім родинам, що відповідає сучасним світовим стандартам послуг у цій сфері. Команда фахівців, яка здобула відповідний вишкіл і має досвід роботи з дітьми з ГРДУ, допоможе Вам та Вашій дитині долати труднощі, повноцінно розвиватися, реалізувати свої здібності та таланти.

Особливо варто відзначити важливість співпраці між батьками та вчителями дитини. Від конструктивності цієї співпраці залежить великою мірою навчальний успіх дитини та її соціальний розвиток. Позитивна роль учителів може бути надзвичайно ваговою у житті дитини і визначальною у її долі! У центрі «Джерело» створено методичний ресурсний центр для підтримки педагогів, які працюють з дітьми з ГРДУ: підготовлено друковані та відеоматеріали, організуються навчальні семінари та виїзні консультації фахівців центру.

Батькам важливо також усвідомлювати, що виховання дитини з ГРДУ пов'язане для них із багатьма стресами та емоційно нелегкими переживаннями. Тож, аби мати змогу допомогти дитині, батькам важливо також уміти зарадити самим собі і потурбуватися про себе. У навчально-реабілітаційному центрі «Джерело» створено групи взаємопідтримки «Батьки для батьків», де можна поспілкуватися у дружній атмосфері з іншими батьками дітей із ГРДУ, отримати важливу інформацію, знайти нових друзів, підтримати один одного.

Із віковим дозріванням дитини симптоми ГРДУ зменшуються, втім у більшості випадків повністю не минають. Цей розлад є наслідком

особливостей будови та біохімічного функціонування нервової системи дитини і повністю вилікувати його неможливо – та спільними зусиллями можна навчитися з ним жити, значно пом'якшити його симптоми та запобігти можливому негативному впливові на психологічний, соціальний та інтелектуальний розвиток дитини. Варто пам'ятати також, що ГРДУ дає дитині і певні позитивні риси – такі діти часто є більш безпосередні, творчі, артистичні, вони мають великий запас енергії і часто невичерпну снагу до життя. Важливо розкрити та розвинути ці та інші позитивні якості дітей – адже саме від них, від віри в себе Вашої дитини залежить можливість її майбутньої повноцінної самореалізації.

Відділення розвитку дитини, навчально-реабілітаційний центр «Джерело». Попередній запис за телефонами: (032)-223-04-37, 227-36-00. Львів, пр. Червоної Калини 86А. Навчально-реабілітаційний центр «Джерело» є благодійною установою і усі його послуги надаються безкоштовно.

Додаток #6

Взірець інформаційного буклету для вчителів.

Гіперактивний розлад із дефіцитом уваги (ГРДУ) у дітей: знати, щоб допомогти...

Інформація для вчителів

Кожен учитель знає цих дітей – їхня щирість та безпосередність викликає глибоку симпатію, та своєю непосидючістю та безперервною активністю вони заважають проводити уроки, а то й не раз зривають їх. Ви знаєте їхні можливості до навчання, але також і те, що внаслідок своєї розсіяності та неуважності вони часто не можуть належним чином засвоїти навчальний матеріал та проявити свої здібності. Ці діти нетерплячі та імпульсивні, вони не вміють стримувати свої почуття, часто відповідають на Ваші запитання, ще не дослухавши їх до кінця. Само через свою імпульсивність їм так важко дотримуватися правил на уроці, і їхній щоденник списаний Вашими зауваженнями. І хоч усі ці діти дуже різні, їх об'єднує три риси: *гіперактивність* (надмірно виражена рухова активність), *порушення уваги* та надмірна і невідповідна до віку *імпульсивність*. У цих дітей фахівці діагностують ГРДУ – гіперактивний розлад з дефіцитом уваги (інша назва гіперкінетичний розлад). За даними досліджень він діагностується у 3-15% дітей шкільного віку і є найпоширенішим поведінковим розладом у цій віковій категорії.

ГРДУ обумовлений незрілістю певних зон головного мозку, які відповідають за функцію контролю над поведінкою: а саме, за здатність тимчасово «пригальмовувати» свої «імпульси» – тобто бажання, почуття – щоб зупинитися і подумати про можливі наслідки своїх дій, узгодити їх із соціально прийнятими правилами, бажаннями та почуттями інших людей, – і щойно тоді діяти у найбільш адекватний до ситуації спосіб. У дітей із ГРДУ ця гальмівна, контролююча та організуюча функція кори головного мозку не розвинена відповідно до віку. Внаслідок цього їхня поведінка часто є проблемною, що позначається на стосунках із батьками, здатності успішно вчитися в школі, бути в колективі ровесників, зрештою, потерпає їхня власна самооцінка. ГРДУ є однією з найпоширеніших причин шкільної дезадаптації – без належної допомоги велика частина цих дітей може мати серйозні труднощі в опануванні навчальної програми, значні поведінкові та соціальні проблеми. Відповідно, під загрозою є повноцінний розвиток дитини та її самореалізація.

Утім, дітям із ГРДУ можна допомогти! Як показали наукові дослідження – освіта батьків, грамотна психологічна допомога дитині, застосування вчителями у школі сучасних принципів навчання та виховання дітей з ГРДУ, а також медикаментозна терапія (за необхідності) можуть суттєво зменшити поведінкові проблеми дитини, допомогти їй повноцінно розвиватися та реалізувати себе у цьому світі.

Найпершим і найважливішим кроком у допомозі дитині є вчасна діагностика ГРДУ – і роль учителів у цьому є дуже велика. Часто саме у школі вперше виявляються труднощі дитини із зосередженням уваги та гіперактивністю, і вчитель є першим, хто може помітити симптоми ГРДУ, надати інформацію батькам та скерувати їх за належною допомогою. *Раннє виявлення проблеми є передумовою вчасної та ефективної допомоги сім'ї та дитині!*

Якщо у Вашому класі є учень чи учениця, які мають проблеми зі шкільною успішністю, поведінкою та стосунками з учителями і ровесниками, нижченаведений перелік можливих проявів ГРДУ дозволить Вам запідозрити наявність у дитини цього розладу.

- під час уроку багато рухається, вовтузиться на стільці, часто встає з місця
- має проблеми з утриманням уваги на завданні; під час уроків часто неуважний, легко відволікається на сторонні подразники
- не зосереджується на деталях, робить ненавмисні помилки через неуважність у класних/домашніх завданнях
- під час уроку часто «відсутній», «десь літає в іншому світі», не чує, коли до нього говорять
- часто відповідає на запитання вчителя, не піднімаючи руки/не отримавши дозволу; багато говорить, часто перебуває інших
- не може витерпіти, коли треба чогось чекати
- дуже емоційний, легко втрачає самовладання
- діє «імпульсивно», не подумавши про наслідки чи правила
- створює проблеми своєю поведінкою в сім'ї, у садочку/школі, у стосунках з ровесниками

Якщо Ви позитивно відповіли на більшість із цих запитань, то досить імовірно, що у Вашого учня чи учениці ГРДУ. Проте остаточний діагноз може встановити лише команда компетентних фахівців – медиків, психологів, педагогів, які мають додаткову спеціалізацію у діагностиці та терапії розладів розвитку у дітей.

У Львові, у навчально-реабілітаційному центрі «Джерело» за підтримки американського фонду UCAN створено сучасну модель допомоги дітям з ГРДУ та їхнім родинам, що відповідає сучасним світовим стандартам послуг у цій сфері. Фахівці центру проводять комплексне медико-психологічне обстеження дитини в контексті її сім'ї та соціального оточення. Велика увага приділяється виявленню можливих супутніх розладів – адже у половини дітей з ГРДУ присутні інші проблеми – розлади інтелектуального та мовного розвитку, шкільних навичок (читання, письма, математики), емоційні та поведінкові розлади, тики та ін. Виявлення цих супутніх проблем дуже важливе, оскільки знання про них дозволяє мудро підібрати та адаптувати для дитини навчальну програму, а також застосувати додаткові терапевтичні інтервенції.

По завершенні діагностики фахівці центру «Джерело» представляють інформацію про дитину, про її сильні сторони та проблеми батькам. Велика увага приділяється освіті батьків щодо розуміння природи ГРДУ – адже тільки за умови розуміння особливостей своєї дитини батьки можуть компетентно діяти в її інтересах, допомагати їй розвиватися, вчитися, інтегруватися в колектив ровесників.

Відповідно до особливостей кожної сім'ї та дитини розробляється індивідуальна програма допомоги. Вона містить наступні можливі форми допомоги:

- ◆ консультування батьків з приводу виховання та навчання дитини, її вікових аспектів розвитку
- ◆ навчання батьків основним методикам
- ◆ керування поведінкою дитини у позитивний спосіб
- ◆ групові психологічні тренінги для дітей та підлітків
- ◆ медикаментозна терапія
- ◆ відеотренінг спілкування між батьками та дитиною
- ◆ психотерапія для дитини/сім'ї

У житті дитини з ГРДУ дуже багато залежить від учителів – їх позитивна роль може бути визначальною у долі дитини. Окрім необхідних людських якостей та віри в дитину, педагогам важливо також володіти сучасними знаннями та методиками навчання і позитивного керівництва поведінкою дітей з ГРДУ. Більшість поведінкових проблем дитини обумовлені не її злостью чи неадекватним вихованням із боку батьків, а біологічними особливостями мозку дитини. Тільки за умови глибокого розуміння цих особливостей учителі можуть віднайти індивідуальний підхід до кожної дитини і до-

помагати їй долати поведінкові проблеми, повноцінно розвиватися, навчатися, інтегруватися у колектив ровесників. Досягти цього неможливо без ефективної, конструктивної співпраці та партнерських стосунків між батьками та вчителями дитини.

Втім реалізувати такі підходи, на жаль, у сучасній системі української освіти не завжди легко. Сучасні знання та методики роботи у цій сфері ще мало доступні і не викладаються у більшості вузів. Не завжди сприяє індивідуальному підходові й організація навчального процесу у багатьох школах. Необхідні реформи та впровадження інноваційних технологій у багатьох сферах освіти...

Для підтримки педагогів, що працюють з дітьми із ГРДУ в центрі «Джерело» створено ресурсний центр: підготовлено відео- та друковані методичні матеріали, організуються навчальні семінари та виїзні консультації фахівців центру. Сподіваємося на розвиток співпраці та налагодження партнерських стосунків між установами, що працюють із дітьми з ГРДУ.

Відділення розвитку дитини, навчально-реабілітаційний центр «Джерело». Попередній запис за телефонами: (032)-223-04-37, 227-36-00. Львів, пр. Червоної Калини 86А. Навчально-реабілітаційний центр «Джерело» є благодійною установою і усі його послуги надаються безкоштовно.

Додаток #7

Взірці поведінкових контрактів для старших школярів
#1

Ім'я, прізвище: Ігор Верес

Дата підписання: 11 березня 2007 року

№	Якщо (бажана поведінка):	→ то (винагорода):	Якщо (проблемна поведінка):	→ то (негативний наслідок):
1.	Не отримав зауваження за поведінку в школі	Право на 1 годину прогулянки по виконанні домашніх уроків	Зауваження за поведінку в школі	Домашній арешт на один день (втрата права на прогулянку, телевізор, комп'ютер, мобільний телефон та інші можливі розваги)
2.	Тиждень без поведінкових проступків вдома та у школі	На вихідних похід на вибір: піцерія/макдональдз	Один серйозний поведінковий проступок (бійка, обман батьків і т.п.)	Домашній арешт терміном 3 дні + втрата мобільного телефону на тиждень
3.	Без нагадування самостійно та якісно зробив уроки до 19:00	1 година комп'ютерних ігор або телевізора	Невиконані вчасно та якісно уроки	Виконання уроків – доки не будуть зроблені + відповідне скорочення часу на комп'ютер та телевізор
4.	Виконання вказівок батьків із першого разу та виконання без нагадування встановлених домашніх обов'язків (вигул собаки та прибирання кімнати)	Один раз в тиждень кишенькові гроші у розмірі 10 гривень (видаються наприкінці тижня після підведення підсумків)	Невиконання вказівок з першого разу або встановленого домашнього обов'язку	Втрата 1 грн з тижневого резерву за кожну невиконану вказівку

Підписи:

*Ігор Верес**Олеся Іванівна (мама)**Василь Іванович (батько)*

#2

Ім'я, прізвище: Назар Лужецький

Дата підписання: 20 грудня 2007 року

№	Якщо (бажана поведінка):	→ то (винагорода):	Якщо (проблемна поведінка):	→ то (негативний наслідок):
1.	Не прогуляв уроків один день	Право на прогулянку після того, як зробив уроки	Прогоул уроків	Позбавлення права на прогулянку на два дні
2.	Не прогуляв уроків жодного дня протягом тижня	5 гривень у суботу	Кожен прогуляний урок	Мінус одна гривня від тижневого розміру винагороди 5 гривень
3.	Не отримав жодного зауваження за поведінку протягом тижня	+ 5 гривень у суботу	Одне зауваження за поведінку	Мінус одна гривня від тижневого розміру винагороди 5 гривень

Підписи:

*Назар Лужецький**Ірина Володимирівна (мама)**Осип Петрович (батько)*

БІБЛІОГРАФІЯ

1. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP): Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children, Adolescents and Adults With Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder. *Journal of the American Academy Child Adolescent Psychiatry*; Volume 36, Supplement 10, 1997; p. 85-121
2. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP): Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder. *Journal of the American Academy Child Adolescent Psychiatry*; Volume 36, Supplement 46, 2007; p. 894-921
3. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry: Practice Parameter for the Use of Stimulant Medications in the Treatment of Children, Adolescents and Adults. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*; Volume 41. Supplement 2, 2002, p. 26-49
4. American Academy of Pediatrics (AAP), Committee on Quality Improvement and Subcommittee on Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder. Treatment of the school-aged child with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Pediatrics*; 2001, Volume 108, p. 1033-1044
5. American Academy of Pediatrics, Committee on Quality Improvement and Subcommittee on Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder. Diagnosis and evaluation of the child with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Pediatrics*; 2000, Volume 105, p. 1158-1170
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th edition, text revision). Washington DC: American Psychiatric Association; 2000

7. Arcia E., Conners C. Gender differences in ADHD. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*; Volume 19, 1998, p. 77–83.
8. Asherson P. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in the post-genomic era. *European Child and Adolescent Psychiatry*; Volume 13, Supplement 1, 2004, p. 50-71
9. Banashevski T., Roessner V., Dittmann R., Janardhanan Santosh P., Rothenberger A. Non-stimulant medication in the treatment of ADHD. *European Child and Adolescent Psychiatry*; Volume 13, Supplement 1, 2004, p. 102-117
10. Banashevski T., Coghill D., Santosh P., Zuddas A., Asherson P., Buitelaar J., Danckaerts M., Dopfner M., Faraone S., Rothenberger A., Sergeant J., Steinhausen H., Sonuga-Barke E., Taylor E. Long-acting medication for the hyperkinetic disorders. *European Child and Adolescent Psychiatry*; Volume 15, 2006, p. 476-495
11. Barkley R., Benton C. ADHD in the classroom. Strategies for teachers. New York: Guilford Press; 1994
12. Barkley R. ADHD and the nature of self-control. New York: Guilford Press; 1997
13. Barkley R. Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment. 2nd edition. New York: Guilford Press; 1996
14. Barkley R. Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment. Third edition. New York: Guilford Press; 2006
15. Barkley R. Defiant children: A clinician's manual for assessment and parent training, 2nd edition. New York: Guilford Press; 1997
16. Barkley R. Taking charge of ADHD: The complete authoritative guide for parents. New York: Guilford Press; 1995
17. Bezchlibnyk-Butler K., Virani A. Clinical handbook of psychotropic drugs for children and adolescents. Toronto: Hogrefe and Huber Publishers, 2004
18. Biederman J., Faraone S., Mick E., Williamson S., Wilens T., Spencer T., Weber W., Jettson J., Kraus I., Pert J., Zallen B.

- Clinical correlates of AD/HD in females: Findings from a large group of girls ascertained from pediatric and psychiatric referral sources. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*; Volume 38, 1999, p. 966–975.
19. Biederman J., Munir K., Knee D., Habelow W., Armentano M., Autor S., Hoge S., Waternaux C., A family study of patients with attention deficit disorder and controls. *Journal of Psychiatric Research*; Volume 20, 1986, p. 263-274
 20. Bloomquist M. *Skills training for children with behavioral disorders: A parent and therapist guidebook*. New York: Guilford Press; 1996
 21. Braswell L., Bloomquist M. *Cognitive-behavioral therapy with ADHD children: child, family and school interventions*. New York: The Guilford Press; 1991
 22. Breen M., Barkley R. Child psychopathology and parenting stress in girls and boys having attention deficit disorder with hyperactivity. *Journal of Pediatric Psychology*; Volume 13, 1988, p. 265-280
 23. Brown T.E. *Attention-deficit disorders and comorbidities in children, adolescents, and adults*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc.; 2000
 24. Cipani E. *Helping parents help their kids*. California: Brunner and Mazel; 1999
 25. DuPaul G.J., & Stoner, G. *AD/HD in the schools: Assessment and intervention strategies*. New York: Guilford Press; 2003
 26. Faraone S., Biederman J., Weber W. Psychiatric, neuropsychological, and psychosocial features of DSM-IV subtypes of ADHD. *Journal of the American Academy Child Adolescent Psychiatry*; Volume 37, 1998, p. 185-193
 27. Friedberg R.D., McClure J.M. *Clinical practice of cognitive therapy with children and adolescents: The nuts and bolts*. New York: The Guilford Press; 2002
 28. Fuster J.M. *The prefrontal cortex: anatomy, physiology, and neuropsychology of the frontal lobe*. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1997

29. Gaub M., Carlson C. Gender differences in AD/HD: A metaanalysis and critical review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*; Volume 36, 1997, p. 1036–1045.
30. Gillberg C., Gillberg I.C., Rasmussen P., Kadesjo B., Soderstrom H., Rastam M., Johnson M., Rothenberger A., Niklasson L. Co-existing disorders in ADHD – implication for diagnosis and intervention. *European Child and Adolescent Psychiatry*; Volume 13, Supplement 1, 2004, p. 80-93
31. Goldstein S., Goldstein M. *Managing attention deficit hyperactivity disorder in children: A guide for practioners*. 2nd. edition. New York: John Wiley and Sons, Inc.; 1998
32. Graham P. *Cognitive behaviour therapy for children and families*. Cambridge: Cambridge University Press; 2005
33. Green W. H. *Child and Adolescent Clinical Psychopharmacology*. 4th Edition. New York: Lippincott Williams & Wilkins; 2007
34. Greenberg J. *Stress management*. New York: McGraw-Hill; 1999
35. Hallowell E.M. and Ratey J.J. *Driven to distraction: Recognizing and coping with attention deficit disorder from childhood through adulthood*. New York: Simon & Schuster; 1995
36. Jensen P., Cooper J. *Attention deficit hyperactivity disorder: state of science—best practices*. Kingston, NJ: Civic Research Institute; 2002
37. Kassinove H., Tafrate R. *Anger management: the complete treatment guidebook for practioners*. California: Impact Publishers; 2002
38. Kendall P. *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures*. New York: The Guilford Press; 2000
39. Kendall P., Braswell P. *Cognitive-behavioral therapy for impulsive children*. New York: The Guilford Press; 1993
40. Kutcher S. *Practical child and adolescent psychopharmacology*. Cambridge: Cambridge University Press; 2002
41. Lahey B., Piacentini J., McBurnett K., Stone P., Hartdagen S., Hynd G. *Psychopathology in the parents of children with conduct*

- disorder and hyperactivity. *Journal of the American Academy Child Adolescent Psychiatry*; Volume 27, 1988, p. 163-170
42. Martin G., Pear J. *Behaviour modification: What it is and how to do it.* (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall, Inc.; 2002
43. Mash E., Johnston C. Parental perceptions of child behaviors problems, parenting self-esteem, and mothers' reported stress in younger and older hyperactive and normal children. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*; Volume 51, 1983, p. 68-99
44. MTA Cooperative Group. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for ADHD. *Archives of General Psychiatry*; Volume 56, 1999, p. 754-761
45. ultimodal Treatment Study of ADHD follow-up: 24-month outcomes of treatment strategies for ADHD. *Pediatrics*; Volume 113, 2004, p. 1073-1086
46. Nadeau K., Littman E., Quinn P. *Understanding girls with AD/HD.* Silver Spring, MD: Advantage Books; 1999
47. Nadeau K., Quinn P. *Understanding women with AD/HD.* Silver Spring, MD: Advantage Books; 2002
48. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: Diagnosis and Treatment of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (AD/HD). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*; Volume 39, 2000, p. 182-193
49. Nuwer M. Assessment of digital EEG, quantitative EEG, and brain mapping: Report of the American Academy of Neurology and the American Clinical Neurophysiology Society. *Journal of Neurology*; 1997, Volume 49, p. 277-292
50. Pfiffner L.J. *All about AD/HD: The complete practical guide for classroom teachers.* New York: Scholastic Professional Books; 1996
51. Pliszka S. Comorbidity of attention-deficit/ hyperactivity disorder with psychiatric disorder: An overview. *Journal of Clinical Psychiatry*; Volume 59, Supplement 7, 1998, p. 50-58.
52. Pliszka S., Hughes C., Corners K., Emslie G., Jensen P., McCracken J., Swanson J., Lopez M. The Texas Children's

- Medication Algorithm Project: Revision of the Algorithm for Pharmacotherapy of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. Volume 45 (6), 2006, p. 642-657.
53. Rief S.F., Heimburge J.A. How to reach and teach ADD/AD/HD children: Practical techniques, strategies, and interventions for helping children with attention problems and hyperactivity. San Francisco: Jossey-Bass; 2005
 54. Robin A.L. ADHD in adolescents: Diagnosis and treatment. New York: The Guilford Press; 1998
 55. Sandberg S., Hyperactivity and attention disorders of childhood. Cambridge: Cambridge University Press; 2002
 56. Santelli B., Stewart F., Poyadue J. The parent to parent handbook: connecting families of children with disabilities. Baltimore: Paul H. Brooks Publishing Co.; 2001
 57. Surgeon General of the United States. Mental Health: A Report of the Surgeon General. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services; 1999
 58. Taylor E., Doepfner M., Sergeant J., Asherson P., Banashevski T., Buitelaar J., Coghill D., Danckaerts M., Rothenberger A., Sonuga-Barke E., Steinhausen H., Zuddas A. European clinical guidelines for hyperkinetic disorder – first upgrade. *European Child and Adolescent Psychiatry*; Volume 13, Supplement 1, 2004, p. 7-31
 59. Terdal L., Kennedy P., Fusetti L., The Hyperactive child book. New York : St. Martin's Press; 1993
 60. Weiss G., Hechtman L. Hyperactive children grown up. New York: Guilford Press; 1986
 61. Weiss L. Attention deficit disorder in adults: Practical help and understanding. Lanham, MD: Taylor Trade Publishing; 1997
 62. Weiss M., Hechtman L.T., Weiss G. ADHD in adulthood: A guide to current theory, diagnosis and treatment. Baltimore, Johns Hopkins University Press; 1999

ЗМІСТ

ВСТУП	5
ЧАСТИНА ПЕРША. ПРИРОДА ГРДУ	13
Що таке ГРДУ?	15
ГРДУ – огляд проблеми	21
Причини ГРДУ	31
Патогенез та симптоматика ГРДУ	37
Різні обличчя ГРДУ	63
Вікова динаміка ГРДУ	75
Досвід сім'ї, де є дитина з ГРДУ	89
Цілісне бачення дитини з ГРДУ	101
ЧАСТИНА ДРУГА. ДІАГНОСТИКА ТА ТЕРАПІЯ	109
Діагностика ГРДУ	111
Модель допомоги дітям із ГРДУ	131
Допомога батькам дітей із ГРДУ	145
Допомога дітям із ГРДУ в школі	195
Тренінг соціальних навичок та когнітивно-поведінкова психотерапія дітей із ГРДУ	221
Психофармакотерапія ГРДУ	233
ПІСЛЯМОВА	261
ІСТОРІЇ БАТЬКІВ	267
ДОДАТКИ	299
БІБЛІОГРАФІЯ	319

Навчально-реабілітаційний центр “Джерело”



Навчально-реабілітаційний центр «Джерело» – неприбуткова благодійна установа. Він розпочав свою діяльність у 1993 році у Львові. «Джерело» було створене для реабілітації дітей з різними формами порушень моторного та психологічного розвитку – ДЦП, розумовою відсталістю, аутизмом та ін.

Місія центру «Джерело» – допомогти дітям з особливими потребами розвинути їхні здібності, досягти максимальної незалежності у функціонуванні та якнайповнішої соціальної інтеграції.

Центр проводить просвітницьку роботу в суспільстві та залучає до співпраці родини неповносправних дітей, а також готує кваліфікованих фахівців для роботи з дітьми. Центр надає навчальні та реабілітаційні послуги дітям, щоби допомогти їм зайняти повноправне місце в суспільстві.

Основною етичною засадою діяльності центру «Джерело» є віра у вартість і цінність життя кожної дитини, якою б не була її неповносправність, у її невід’ємне право любити і бути любленою, розвиватися та реалізовувати свої здібності та таланти.

В структурі центру функціонує освітній блок, майстерні для молоді, реабілітаційна програма та відділення розвитку дитини.

Освітній блок включає в себе школу та дошкільця для дітей з особливими потребами. Крім спеціального навчання діти отримують також реабілітаційні послуги, працює програма інтегрованого навчання в загальноосвітній школі.

Майстерні забезпечують соціалізацію неповносправних молодих людей. Спільна праця забезпечує активне спілкування молодих людей; вона допомагає сформувати міцні дружні зв’язки, навчає організованості, дисциплінованості. Праця допомагає у формуванні кожної окремої особистості і її підготовці до самостійного життя.

Реабілітаційна програма включає фізичну реабілітацію, плавання, заняттєву терапію, рекреаційні ігри, лонгетування і візкову програму. Фахівці працюють з дітьми над розвитком рухових функцій, дрібною моторикою, координацією, навчають дітей з порушеннями моторного розвитку користуватися візком, ходулями, паличками. Значна увага приділяється розвитку вмінь, необхідних у щоденному житті.

Відділення розвитку дитини надає свої послуги дітям від 0 до 18 років, що мають різні форми порушень моторного та/або психологічного розвитку. У структурі відділення функціонує програма Раннє Втручання, а також спеціалізовані програми для дітей з ДЦП, синдромом Дауна, розумовою відсталістю, аутизмом, для дітей з ГРДУ та іншими поведінковими розладами. Команда фахівців здійснює діагностику розвитку дитини, ранню комплексну реабілітацію порушень розвитку, надає інформаційну підтримку та психологічну допомогу родині.

Навчально-реабілітаційний центр «Джерело» є благодійною установою і його послуги надаються безкоштовно.

При центрі «Джерело» діє також ряд навчальних програм для фахівців, зокрема:

- ♦ Психосоціальний супровід сімей, де є дитина з особливими потребами
- ♦ ГРДУ: сучасні принципи діагностики та терапії
- ♦ Поведінкова терапія поведінкових розладів у дітей
- ♦ Відео інтерактивний тренінг
- ♦ Танцювально-рухова терапія та терапія творчими методами та ін.

Адреса центру:
пр. Червоної Калини, 86а
79049, Львів, Україна
тел.: (+38 032) 223-04-37,
227-36-02

e-mail: rhcentre@mail.lviv.ua
www.dzherelocentre.org.ua

Контакт з автором:
Олег Романчук
e-mail: olerom@ukr.net
тел.: (+38 032) 223-04-37,
227-36-02

ПІЛІТІ СКАЖІТЬ ПРО ГРДУ:

1. Це найпоширеніший поведінковий розлад дитинства: щонайменше 3% дітей шкільного віку мають ГРДУ (гіперактивний розлад з дефіцитом уваги, синонімом є також термін гіперкінетичний розлад).

2. ГРДУ проявляється надмірною активністю, порушенням уваги та імпульсивністю, що виражені невідповідно до віку і призводять до порушень функціонування дитини в основних сферах життя.

3. Більшість поведінкових проблем гіперактивних дітей обумовлені не їхньою злою волею чи неправильним батьківським вихованням, а біологічно обумовленими особливостями функціонування центральної нервової системи.

4. За умов невчасної та неадекватної допомоги цей розлад може призводити до вторинних ускладнень: шкільної дезадаптації, порушень психологічного розвитку дитини, значних поведінкових та соціальних проблем – як у дитинстві, так і в дорослому віці.

5. ГРДУ є одним із найбільш досліджених поведінкових розладів, щодо якого розроблено ефективні стратегії та методи допомоги. За належної допомоги та підтримки діти з ГРДУ можуть мати щасливе, повноцінне майбутнє.



9 789665 537120

