

ЛІТЕРАТУРА:

1. Абульханова-Славская К. А. Деятельность и психология личности / К. А. Абульханова-Славская. – М. : Наука, 1980. – 335 с.
2. Амстронг М. Основы менеджмента. Как стать лучшим руководителем / М. Амстронг. – Ростов н/Дону : Феникс, 1998. – 512 с.
3. Армстронг М. Как стать эффективным руководителем : [пер. с англ.] / М. Армстронг. – М. : Альпина Бизнес Букс, 2005. – 160 с.
4. Бандурка А. М. Психология управления / А. М. Бандурка, С. П. Бочарова, Е. В. Землянская. – Харьков : Фортуна-Пресс, 1998. – 464 с.
5. Белолипецкий В. К. Этика и культура управления : учебно-практическое пособие / В. К. Белолипецкий, Л. Г. Павлова. – М. : ИКЦ «МарТ»; Ростов н/Д : «МарТ», 2008. – 384 с.
6. Васильченко Л. В. Професійна компетентність керівника / Л. В. Васильченко, І. В. Гришина. – Харків : Основа, 2006. – 208 с.
7. Главацька О. Л. Менеджмент соціальної роботи : теорія та практика : навчально-методичний посібник / Ольга Леонідівна Главацька. – Тернопіль : Вектор, 2015. – 616 с.
8. Князев С. Управление. Искусство, наука, практика / С. Князев. – Минск : Армита-Маркет, 2002. – 512 с.
9. Кудряшов Л. Д. Каким быть руководителю : психология управленческой деятельности / Л. Д. Кудряшов. – М. : Просвещение, 1986. – 158 с.
10. Щекин Г. В. Теория социального управления : монография / Г. В. Щекин. – К. : МАУП, 1996. – 408 с.

Присяжна Х.

Науковий керівник – доц. Тіунова О. В.

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ СИНДРОМУ ДЕФІЦИТУ УВАГИ З ГІПЕРАКТИВНІСТЮ У ПЕРШОКЛАСНИКІВ

У сучасній психології все частіше можна помітити «переосмислення» багатьох, здавалося б звичних проблем. Непосидючі, неухважні діти раніш вважались результатом поганого виховання, а не психологічною, тим паче, психіатричною проблемою. Проте, синдром дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ) – це нейропсихічний розлад, причини якого криються в особливостях будови та функціонування кори головного мозку, це поліморфний клінічний синдром, головним проявом якого є порушення контролю та регуляції власної поведінки, що проявляється в руховій гіперактивності, порушенні уваги та імпульсивності [3]. Особливу увагу варто приділити його поліморфності, оскільки насправді немає двох однакових дітей із СДУГ, у цього розладу багато «масок» і широкий спектр можливих проявів.

В 2004 році Всесвітня асоціація дитячої і підліткової психіатрії і суміжних професій (ІАСАРАР) визнала СДУГ «проблемою №1» в сфері охорони психічного здоров'я дітей і підлітків. Симптоми синдрому дефіциту уваги і гіперактивності, як правило, починають помічати у дитини, починаючи з 3-4 річного віку, і завжди – до 7 років. Проте, коли така дитина стає старшою та починає відвідувати школу, у неї виникають додаткові труднощі, оскільки шкільне навчання висуває нові більш високі вимоги до особистості дитини її інтелектуальних можливостей.

Тому метою даної статті є теоретичне та емпіричне дослідження психологічних особливостей прояву СДУГ у першокласників, адже саме у цей період дитина йде в школу і зіштовхується з великою кількістю вимог. Як наслідок, у школяра з'являється проблемна поведінка на уроках і в школі загалом, проблеми з шкільною успішністю, у стосунках з однокласниками та вчителями [4]. Рання діагностика та корекція повинні бути орієнтовані саме на першокласників, коли компенсаторні можливості мозку значні, і є можливість запобігти формуванню стійких патологічних проявів.

Гіперкінетичні розлади є одними із найпоширеніших розладів у дітей. На сьогоднішній день статистика говорить, що в Росії таких дітей 4-18%, в США – 3-6%, Великобританії – 1-3%, Італії – 3-10% [1, 2]. У клінічних вибірках співвідношення хлопців до дівчат становить від 6:1 до 3:1, а у неклінічних – близько 1:1 [3]. Втім, попри таку поширеність, СДУГ досить часто не вірно і не вчасно діагностується, а відповідно, дітям і їх сім'ям не надається належна допомога. Адже якщо у США – це найпоширеніша причина звернень до дитячих психіатрів, то у нас вважається всього лиш результатом неправильного виховання. На жаль, офіційної статистики кількості дітей з синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю в Україні немає, хоча за різними експертними оцінками їх налічується від 50 до 150 тис.

Вивченням даного питання займалися як вітчизняні, так і зарубіжні науковці, зокрема М.М. Заваденко, І.А. Козлова, Ю.Д. Кропотов, В.Н. Кузнецов, Г.Н. Моніна, І.П. Брязгунов, О.В. Касатікова, Л.С. Алексеева, О.К. Лютова, О.І. Романчук, Є.Суковський, Р.Лемп, Л.Летхінен, Г.Лаут, І. Прекоп, К.Швайцер, Дж. Пірс, У.Брек, Р.А.Барклі, С. Гольдштейн, Дж. Свансон та ін.

Не дивлячись на те, що на даний час це є один з найбільш науково досліджених поведінкових розладів, щодо якого розроблені чіткі критерії діагностики та ефективні протоколи терапії (European clinical guidelines for hyperkinetic disorder; American Academy of Child and Adolescent Psychiatry; American Academy of Pediatrics), лише у 2004 році Всесвітня асоціація дитячої та підліткової психіатрії та суміжних професій визнала гіперкінетичні розлади проблемою №1 у сфері охорони психічного здоров'я дітей та підлітків. Однією з головних причин цього стало те, що цей розлад, на жаль, дуже часто невірно діагностується і лікується на всій земній кулі, а також те, що діти з цим розладом становлять групу ризику по розвитку багатьох вторинних психіатричних розладів та соціальних проблем [4].

У молодшому шкільному віці вага мозку першокласника наближається до ваги мозку дорослої людини. У цей період в нормі відбувається морфологічне дозрівання лобного відділу великих півкуль головного мозку, що створює можливості для цілеспрямованої вольової поведінки, планування і виконання програм дій. В той же час, Барклі у своїй монографії «СДУГ і природа самоконтролю» (1997), а також у нещодавній праці «СДУГ: посібник з діагностики та терапії» вбачає причину розладу у недостатній зрілості функцій лобної кори півкуль головного мозку, до яких відносять загальний контроль, регуляцію, програмування та організацію поведінки людини [4, 7, 8].

Більшість інших дослідників також вважають, що ведучу роль в формуванні симптомів грають саме лобні доли (Г.Лоу, С.Челам, А.Заметкин). Г.Лоу в 1984 році використовував інгаляцію ксеноном для вивчення мозкового кровотоку в 11 дітей (6,5-12 років) з симптомами СДУГ і 9 дітей контрольної групи. У всіх дітей першої групи встановлений недостатній рівень перфузії в лобні доли. С.Челам (1986) відзначає, що префронтальні області лобних долей мають спільні провідні шляхи з ретикулярною формацією і диенцифальними структурами, що регулюють збудження і здатність до альтернативного реагування. Ураження цієї області приводить до зниження уваги і управління власною поведінкою. Таким чином, ураження лобної кори призводить до гіперактивності і порушення формування заборони на яку-небудь дію [5].

Як зазначає Фастер, лобна кора – це «центральный командный пункт», який на основі аналізу та синтезу інформації приймає рішення і дає настанову до дій [9]. Недостатня зрілість лобної кори у першокласників буде призводити до порушення деяких виконавчих функцій, пов'язаних з організацією і регуляцією власної поведінки:

Порушення імпульс-контролю.

У дітей із СДУГ ця здібність пригальмовувати імпульси виражена значно слабше, ніж у ровесників, а тому обумовлює цілий ряд різних проблемних аспектів їх поведінки – нетерплячість, невміння дочекатись своєї черги, дії під впливом бажання, незважаючи на заборони, невміння завершувати діяльність, яка стала для них нецікавою, надмірна балакучість та перебування інших, невраховування небезпеки (статистично діти із СДУГ отримують вдвічі більше серйозних травм, ніж ровесники [7]).

Слабкість імпульс-контролю служить причиною труднощів дітей із СДУГ у всіх ситуаціях, де потрібно притримуватись встановлених правил, інструкцій і т.д. Важливо підмітити, що проблема дітей із СДУГ не в тому, що вони не знають правил, а в тому, що вони не встигають вчасно їх пригадати і часто не в стані ефективно застосувати в той момент, коли потрібно.

Порушення прогнозування, планування і самоорганізації поведінки.

Узагальнюючи, можна сказати, що імпульсивність значно ускладнює дітям із СДУГ можливість осмислено вирішувати різні життєві завдання і проблеми. Немоżliвість зупинитись перед тим, як діяти, призводить до того, що більшість їх відповідей на проблему – це швидше перша емоційна реакція або перша думка, що прийшла в голову, але аж ніяк не ретельно обдумана стратегія дій. Навіть набутий негативний досвід не застерігає дитину від повторення власних помилок, вона просто не встигає застосувати висновки – реакція виникає швидше, ніж лобна кора встигає звернутись до «архіву пам'яті».

Багато дітей особливо в першому класі починають усвідомлювати дефіцит самоконтролю і можуть сприйняти його як дефект. Проте, як писав Барклі, «проблема дітей із СДУГ не в тому, що вони не знають, як правильно себе вести, а в тому, що вони не можуть вести себе так» [6].

Порушення контролю уваги та аналізу інформації.

Увага першокласника із СДУГ слабо контролюється «центральною командною системою» (лобною корою), і разом з тим нею керують найбільш сенсорно привабливі в плані новизни і стимуляції аспекти ситуації. Відповідно, знижена здатність активно керувати власною увагою, зосередити її на важливих аспектах ситуації (особливо, якщо вони не надто цікаві) і втримуватись від відволікання на другорядні стимули (особливо, якщо вони більш цікаві).

Як показали дослідження, навіть в умовах сенсорно «стерильного» кабінету, якщо стиль викладання не буде цікавим і стимулюючим, дитина буде відволікатись: якщо не буде на що відволікатись назовні, увага перенесеться у внутрішній світ, світ уяви [10].

Порушення контролю емоцій.

Серед ровесників першокласники із СДУГ відрізняються силою та швидкістю розвитку емоцій. Дитина в один момент із спокійного стану може перейти в озлоблений, або ж навпаки – в надмірно піднесений. Обумовлює таку гіперемоційність дітей із СДУГ слабкий регулятивний вплив лобної кори на ті відділи головного мозку, які пов'язані з емоційною сферою (лімбічна система та підкіркові утворення) [4].

Першокласники можуть відчувати труднощі з контролем над своїми агресивними емоціями та їх деструктивними наслідками як в соціальних відносинах, так і в інших сферах життя. В стані такої сильної злоби діти із СДУГ можуть вдаватись до фізичної агресії, спрямованої на інших, на речі, а іноді і на себе самих. Наявність такої поведінки є одним із негативних прогностичних факторів відносно майбутнього дитини із СДУГ. Зокрема, навіть при гарній успішності, це може стати причиною виключення дитини зі школи.

Порушення контролю над руховою активністю, процесами збудження/гальмування.

Діти із СДУГ, як вже зазначалось, мають низький поріг сенсорного насичення – а значить, постійно відчувають сенсорний «голод», потребують вражень, активності, стимуляції. Вони значно швидше починають сумувати, тому для них важливою є часта зміна активності. Відповідно, імпульс до руху і досліджень навколишнього їм також важко стримати.

Цим і обумовлюється один із найвідоміших симптомів СДУГ – рухова гіперактивність. Проте, з віком, саме цей симптом більше, ніж всі інші, піддається редукції, послабленню.

Саме на першому році навчання яскраво проявляється діагностична тріада *гіперактивність – порушення уваги – імпульсивність*. Наслідком наявності у дитини СДУГ стає проблемна поведінка на уроках і в школі в цілому, проблеми з шкільною успішністю, а також у стосунках з однокласниками і вчителями. У свою чергу, батьки відчувають стрес у зв'язку із зауваженнями і викликами в школу щодо поведінки та успішності, а також з необхідністю допомоги дитині при виконанні домашніх завдань, що забирає багато часу та енергії. Усвідомлення невдач власної дитини, її соціальних труднощів (самотність, насмішки, відсутність друзів); того, що вона важко завоює навчальну програму – «хоча може», наростання проблем у відносинах між дитиною і батьками спонукає останніх звернутись за професійною допомогою [3].

У нашому дослідженні ми опирались на діагностичні критерії СДУГ та властивості уваги, що зумовило вибір діагностичного інструментарію: SNAP-IV – модифікований питальник J.Swanson для батьків, методика визначення продуктивності та стійкості уваги «Знайди і викресли», тест «Кодування» О.Вегнера та Г.Цукермана, спрямований на дослідження уваги та темпу діяльності, а також методика «Запам'ятай і розстав крапки», спрямована на дослідження обсягу уваги дитини.

Для експериментального дослідження було задіяно 110 респондентів, з яких 55 першокласників віком 6-7 років та 55 дорослих (батьків). Для дітей була представлена батарея методик на дослідження властивостей уваги. Дорослі проходили опитування за питальник J.Swanson для батьків, основою якого є необхідність тісного контактування з дитиною останні 6 місяців.

В ході дослідження за методикою «Знайди і викресли» було виявлено низьку продуктивність та стійкість уваги у 2% досліджуваних. У 24% респондентів даний показник нижче середнього. У жодного з опитуваних не спостерігається високого рівня продуктивності та стійкості уваги (рис. 1).



Рис. 1. Показник рівня продуктивності та стійкості уваги у першокласників за методикою «Знайди і викресли»

Тест «Кодування» О. Вегнера та Г. Цукермана орієнтований на дослідження уваги та темпу діяльності та дає можливість діагностувати порушення уважності як такої, а також виявити імпульсивних дітей із низьким рівнем самоконтролю. Результати діагностики показали, що у 14% спостерігається низький показник уваги та темпу діяльності, у 8% такий показник нижче середнього. У близько третини досліджуваних (27%) виявлено середній рівень, а у половини опитаних – вище середнього та високий (8% та 43% відповідно) показник рівня уваги та темпу діяльності (рис. 2). Також у 6% досліджуваних, у яких спостерігається високий показник темпу діяльності виявлено імпульсивність з низьким рівнем самоконтролю.

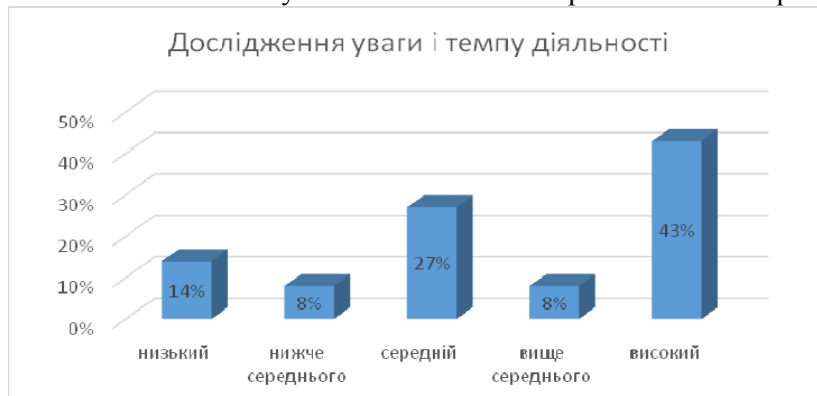


Рис. 2. Показник рівня уваги та темпу діяльності за тестом «Кодування» О.Вегнера та Г.Цукермана

Результати діагностики за методикою «Запам'ятай і розстав крапки» показали, що дві третини опитуваних мають високий та дуже високий обсяг уваги (57% та 17% відповідно). У 20% даний показник середній, в той же час у 2% респондентів він низький, а у 4% - дуже низький (рис. 3). Діти із такими показниками обсягу уваги одночасно охоплюють увагою меншу кількість компонентів (кількість літер, числових знаків, геометричних фігур тощо), що може завадити в успішній навчальній діяльності дитини.



Рис. 3. Показник обсягу уваги у першокласників за методикою «Запам'ятай і розстав крапки»

Згідно з результатами діагностики за питальником J.Swanson для батьків SNAP-IV результат нижче нижньої межі діапазону значень (за одною або більше шкалами) та попадання результату у нормативні показники може свідчити про відсутність у дитини СДУГ. Якщо показники лише однієї із шкал вище верхньої межі, то можна говорити про ризик СДУГ. Якщо показники за двома чи трьома шкалами вище верхньої межі, то можна говорити про змішаний тип СДУГ.

В ході дослідження було отримано наступні результати: показник неухважності (Att) у 16% респондентів нижче норми, в 70% - в межах нормативного показника, а у 14% - вище норми. В 14% та 76% опитуваних показник імпульсивності (Imp) нижче та в межах норми відповідно, у 10% він знаходиться вище норми. Останній діагностований показник – гіперактивність (Hup) у 10% дітей вище норми. В інших досліджуваних даний показник нижче (4%) та в межах(86%) норми (рис. 4).

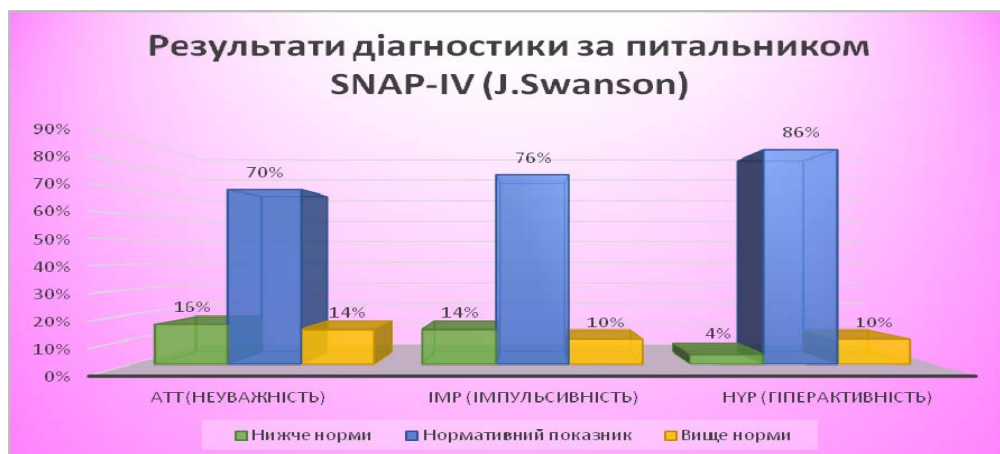


Рис. 4. Результати дослідження за методикою SNAP-IV (питальник J.Swanson)

Узагальнюючи усі результати емпіричного дослідження було виявлено 8% першокласників із симптомами СДУГ: показники неухважності, гіперактивності та імпульсивності за питальником SNAP-IV (J.Swanson) були вище норми. Також у цієї категорії дітей було діагностовано низькі та дуже низькі показники продуктивності, стійкості, обсягу уваги та темпу діяльності за результатами інших методик, спрямованих на вивчення властивостей уваги.

Отже, емпіричне дослідження дозволило простежити зв'язок між показниками властивостей уваги та проявами симптомів СДУГ у першокласників, що дає можливість зробити висновок, що при корекції та психологічному супроводі даного розладу необхідно включати комплекс корекційних вправ для розвитку уваги, подолання імпульсивності та гіперактивності. Окрім того, необхідно залучати батьків для втілення домашньої програми корекції, адже позитивний ефект цього науково доведений.

Висновки. Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю – не настільки сприятливо протікаючий розлад, як це вважалось раніше. За даними досліджень, приблизно у 75% дітей із СДУГ симптоми цього розладу спостерігаються протягом усього підліткового періоду, а у 30-60% - і в зрілому віці. У дошкільному віці спостерігаються перші прояви СДУГ, але при поступанні у школу перед дитиною висуваються нові вимоги, і саме на фоні однокласників труднощі і особливості прояву гіперактивності у дітей помітити складно. Як наслідок, у дитини з'являються особистісні проблеми та конфлікти з оточуючими. Також є ризик формування вторинних розладів, зокрема агресивної та антисоціальної поведінки.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Заваденко Н.Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте / Н.Н. Заваденко. – М.: «Академия», 2005. – 256 с.
2. Кузнецов В.Н. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) у детей и подростков. Проблемы диагностики и терапии / В.Н.Кузнецов // Практическая психология и социальная работа. – 2012. - № 3. – С. 2–7.

3. Романчук О. Гіперактивний розлад з дефіцитом уваги у дітей / О.Романчук. – Львів: Джерело, 2008. – 326 с.
4. Романчук О.И. Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей / О.И. Романчук. – Пер. с укр. – М.: Генезис, 2010. – 336 с.
5. Фесенко Е.В. Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей / Е.В. Фесенко, Ю.А. Фесенко. – СПб.: Наука и Техника, 2010. – 384 с.
6. Barkley R. Taking charge of ADHD: The complete authoritative guide for parents / R. Barkley. – N.Y.: Guilford Press, 1995
7. Barkley R. ADHD and the nature of self-control / R. Barkley. – N.Y.: Guilford Press, 1997
8. Barkley R. Attention deficit hyperactivity disorder. A handbook for diagnosis and treatment / R. A. Barkley. – 3rd. edition – N.Y. : Guilford Press, 2006
9. Fuster J. M. The prefrontal cortex: anatomy, physiology, and neuropsychology of the frontal lobe / J. M. Fuster. – Philadelphia: Lippincott-Raven, 1997
10. Goldstein S. Managing attention deficit hyperactivity disorder in children: A guide for practioners / S. Goldstein, M. Goldstein. – 2nd. edition – N.Y.: John Wiley and Sons, Inc., 1998

Дмитрів Л.

Науковий керівник – асист. Турчин-Кукаріна І.В.

ОСНОВНІ СОЦІАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ В УКРАЇНІ

Актуальність дослідження та постановка проблеми. Внаслідок окупації Автономної Республіки Крим Російською Федерацією, масових порушень прав людини на території автономії, злочинної діяльності сепаратистських та проросійських терористичних організацій у Донецькій та Луганській областях: вбивств, викрадень, катувань, мародерств, грабежів, розбоїв, виникла ситуація масової вимушеної міграції з даних територій[1, с. 10].

Згідно зі ст. 3 Конституції України людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються в нашій державі найвищою соціальною цінністю, а її права і свободи та їх гарантії визначають зміст і спрямованість діяльності держави. Утвердження і забезпечення прав і свобод людини є головним обов'язком держави, яка зобов'язана забезпечити механізм реалізації та захисту прав та свобод людини. Компетентні державні органи мають забезпечити охорону і захист прав та свобод людини [4].

Однак в умовах масової вимушеної міграції з окупованих територій соціальні та економічні потреби внутрішньо переміщених осіб залишилися без задоволення, комплекс їх прав як людей і громадян не реалізовано і не гарантовано. Це пов'язано з тим, що держава виявилася не готовою до розв'язання цієї проблеми. Крім того, порівняно недавнє скорочення штату працівників соціальної сфери істотно ускладнило практичне вирішення організаційних та моральних проблем внутрішньо переміщених осіб.

Вказані вище обставини зумовлюють необхідність комплексних правових, економічних, політичних, психологічних та соціальних наукових досліджень проблем внутрішньо переміщених осіб в Україні, особливостей правового регулювання їх статусу, виявлення правових потреб в удосконаленні чинного законодавства, що визначає правові основи соціальної роботи з внутрішньо переміщеними особами.

Метою статті є на основі емпіричного матеріалу виявити та дослідити основні проблеми внутрішньо переміщених осіб в Україні.

Виклад основного матеріалу. 20 жовтня 2014 року Президент України підписав Закон України «Про забезпечення прав і свобод внутрішньо переміщених осіб». Згідно з цим Законом, «внутрішньо переміщеною особою» є громадянин України, який постійно проживає в Україні, якого змусили або який самостійно покинув своє місце проживання у результаті або з метою уникнення негативних наслідків збройного конфлікту, тимчасової окупації, повсюдних проявів насильства, масових порушень прав людини та надзвичайних ситуацій природного чи техногенного характеру.

Зазначені обставини вважаються загальновідомими і такими, що не потребують доведення, якщо інформація про них міститься в офіційних звітах (повідомленнях) Верховного Комісара Організації Об'єднаних Націй з прав людини, Організації з безпеки та співробітництва в Європі, Міжнародного Комітету Червоного Хреста і Червоного Півмісяця, Уповноваженого Верховної Ради