

9. Tejlor Ch. Etika avtentichnosti / Ch. Tejlor / Per s angl. – K.: Dux i litera, 2002. – 128 s.

10. Bell J.H., Bromnick R. D. The social reality of imaginary audience: a grounded theory approach // Adolescence, 2003. – 6 (22).

11. Elkind D., Bowen R. Imaginary audience behaviour in children and adolescents// Developmental Psychology, 1979. – 15. P. 38-44.

12. Enright R., Lapsley D., Shukla D. 1979; Adams G., Jones R. Adolescent egocentrism in early and late adolescence // Adolescence, 1979. – 14. – P. 687-695.

Geyko E.V. Conception of integrity of personality is in the context of complex approach. The theoretical analysis of problem of becoming of integrity of personality is presented in the article. Psychological features, specific and displays of цілісності personality, are determined in her ontogenesis. General scientific approaches open up in relation to integrity of personality.

Lighting up the gnosiological aspect of integrity of personality an accent is done on ponderability of the integrated approach in relation to underlining of this concept. Foremost, theoretical level of understanding of underlying structure of integrity personality, laws of her development, her essence. An empiric level allows to define the specific of her external existence. However the external displays of integrity of personality depend on her internal integrity, stability. Although on external displays external terms that determine the vital functions of man carry out influence actually, that promote or vice versa, organizations of internal integrity of personality prevent.

It is marked that integrity is a concept that carries universal character. The most substantial descriptions of his maintenance is the system. Integrity determines quality, her becoming comes true through integrity and actually by integrity.

Integrity of personality is the organic system, that has a corresponding underlying structure that shows a flair for саморозвитку and self-organisation. The marked system carries reflection character, has independent sources of development. The specific of integrity of personality consists in that her self-organisation is characterized dynamic: process in a process and determined every time by a certain result that is arrived at.

Keywords: integrated concept of personality, ontogenesis, the integrity of the individual.

Отримано: 11.08.2014 р.

УДК 008.47:616.89

Гончаренко Н.А.

ІСТОРІЯ ВИНИКНЕННЯ ПОНЯТТЯ "СИНДРОМ ДЕФІЦИТУ УВАГИ З ГІПЕРАКТИВНІСТЮ"

Гончаренко Н.А. Історія виникнення поняття "Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю". У статті представлено проблему синдрому дефі-

циту уваги з гіперактивністю (СДУГ). Висвітлено погляди багатьох зарубіжних та вітчизняних дослідників на сутність проблеми СДУГ з ХІХ століття по теперішній час. Розкрита причина існування великої кількості термінів та пов'язаних з ними проявів СДУГ. Представлено прогрес визначення СДУГ від явища до патології і фактори виникнення гіперактивності, імпульсивності, дефіциту уваги. Показано складність проблеми СДУГ: дослідження спеціалістів різних галузей пов'язані зі спрямованістю інтересів дослідників.

Ключові слова: синдром дефіциту уваги з гіперактивністю, синдром пошкодження мозку, мінімальна мозкова дисфункція, гіперкінетична поведінка, легка дисфункція мозку, психомоторна розгальмованість.

Гончаренко Н.А. История возникновения понятия "Синдром дефицита внимания с гиперактивностью". В статье представлены проблему синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ). Освещены взгляды многих зарубежных и отечественных исследователей на сущность проблемы СДВГ с ХІХ века по настоящее время. Раскрыта причина существования большого количества терминов и связанных с ними проявлений СДВГ. Представлены прогресс определения СДВГ от явления к патологии и факторы возникновения гиперактивности, импульсивности, дефицита внимания. Показано сложность проблемы СДВГ: исследования специалистов различных отраслей связаны с направленностью интересов исследователей.

Ключевые слова: синдром дефицита внимания с гиперактивностью, синдром повреждения мозга, минимальная мозговая дисфункция, гиперкинетическая поведенческая, легкая дисфункция мозга, психомоторная расторможенность.

Постановка проблеми. Проблема дитячої гіперактивності все гостріше привертає до себе увагу дослідників і спеціалістів різних галузей. Інтерес пояснюється масштабним розповсюдженням синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ) в дитячій популяції (4%-9,5%) [6]. Показники розповсюдженості СДУГ в різних країнах не однакові: США від 4 до 20%, Німеччина від 9 до 18%, Італія від 3 до 10%, Китай від 1 до 13%, Великобританія від 1 до 3% [2]. Лонгітюдне дослідження в Чехії, під керівництвом З. Тржесоглавачі показує 12-21% розповсюдження СДУГ у країні [17].

Дослідження проблеми синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю знаходиться на стику багатьох наук: генетики і неврології, психології і психіатрії, педагогіки і педіатрії, неонатології і вікової фізіології, соціології і дефектології, а трактування цього поняття пов'язано, в першу чергу, з особливостями інтересів дослідників. Так, педагогів турбує невміння дитини керувати своєю поведінкою, розсіяність, психологи фіксують увагу на порушеннях орієнтації у просторі, слабкої розвинутості моторики, опозиційних розладах поведінки, психіатри домінуючими виділяють розлади поведінки та труднощі у навчанні, дефектологи – затримку психічного розвитку. За останні сто років було

запропоновано велику кількість термінів, позначаючих СДУГ, та теорій, пояснюючих виникнення цього синдрому.

Метою статті є аналіз та узагальнення існуючих в сучасній науковій психолого-педагогічній та медичній літературі поглядів зарубіжних та вітчизняних дослідників на сутність проблеми синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю.

Виклад основного матеріалу. Формування поняття "синдром дефіциту уваги з гіперактивністю" пройшло декілька етапів. Починаючи з XIX століття вчені виявляли зацікавленість явищами надмірної дитячої рухової активності, рухових порушень, імпульсивності, балакучості, незграбності, зниження рівня уваги, невміння керувати своєю поведінкою. У 1845 році німецький лікар-психоневролог Н. Hoffmann надав перший опис дитячого захворювання, що характеризується руховою розгальмованістю та дефіцитом уваги. Він описав надзвичайно рухливу дитину, котра ні секунди не могла спокійно всидіти на стільці, назвавши його "непосидючий Філ" [12].

У 1881 році лікар L. Scherpf таку непосидючість назвав "імпульсивним божевіллям" і відніс її до "найбільш розповсюджених психічних порушень у дитячому віці".

У 1885 році невролог G. A. Tourett описав занепокоєну, збуджену поведінку, і назвав своїм ім'ям – синдром Туре. Прояви синдрому спостерігав у вигляді нав'язливих рухових порушень, часто у сипання-подібних імпульсивних рухах.

На початку XX століття, у 1902 році, G. T. Ziehen привернув увагу до природної дитячої активності та запропонував відрізнити її від хворобливої активності з високою рухливістю, імпульсивністю, та безцільністю [1]. Якщо попередні дослідники розглядали гіперактивність як явище, англійський лікар G. Still вперше описав гіперактивність як розлад. Він пов'язував гіперактивність з біологічною основою, а не з вихованням, як вважалося до того часу. G. Still бачив виникнення симптомів у слабкому "гальмуючому волеустремленні" і "недостатньому моральному контролі", припускаючи, що така поведінка з'являється внаслідок спадковості чи пологових травм. Першим відмітив перевагу хвороби серед хлопчиків, схильність до антисоціальної поведінки, депресії, алкоголізму [12].

У 1904 році клініцист Heller, описуючи прояви дитячого рухливого занепокоєння, безцільну імпульсивність, звертав увагу на високу відволікаємість, нездатність таких дітей до тривалої концентрації уваги. Він не тільки описав порушення у поведінці, а й давав поради: виховувати самовладу та займатися спортом.

У 1909-1910 рр. французький вчений E. F. Dupre, досліджуючи рухові розлади у дітей з органічним ураженням головного мозку, запропонував термін "моторна дебільність".

У 1917 році берлінський педіатр А. Czerny так описав порушення у поведінці та симптоматику: висока рухова активність, безцільність рухів, невміння керувати поведінкою, часта відволікаємість. Назвав таких дітей важковиховуємими. А. Czerny підтримував погляди Heller, також приділяв увагу спортивним вправам. За мету вважав розвиток сил гальмування.

У 1932 році дослідники F. Kramer і H. Pollnow дали розгорнутий опис симптомів та назвали гіперактивність у дитячому віці "дрангеретизм". Спираючись на аналітичні дані, вони пов'язували гіперактивність з органічними церебральними змінами у центральній нервовій системі дитини. На їх думку існує зв'язок між гіперактивністю та органічними церебральними змінами.

Одночасно досліджував явище гіперактивності Н. Heinze. Він погоджувався з положеннями F. Kramer, H. Pollnow і стверджував, що гіпермоторика свідчить про ураження мозку.

У 1938 році всупереч дослідженням F. Kramer, H. Pollnow, та Н. Heinze, підтверджуючими органічні пошкодження мозку, став виявлений Е. Lederer, S. Ederer та J. Kinig гіперкінетичний невроз, не пов'язаний з органічною патологією мозку. На їх думку, гіперкінетичному неврозу притаманні порушення рухової координації і регулювання тонуусу внаслідок рухового занепокоєння, тобто без ураження мозку.

У той час у 1938 р. К. Lewin проводив дослідження над 279 гіперактивними дітьми та прийшов до висновку, що важкі форми рухового занепокоєння обумовлені органічними ураженнями мозку, а у виникненні легких форм велику роль відіграє порушення взаємовідносин з батьками.

У 1954 році G. Gollnitz висловлюється проти пов'язування гіпермоторності дітей з органічними пошкодженнями мозку. G. Gollnitz розглядав "імпульсивну, не направлену рухову занепокоєність", як природні прояви раннього дитячого віку, але звертав увагу, що ступінь вираженості такого явища може бути різною [1].

У США початок аналізу синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю пов'язаний з епідемією енцефаліту у 1917-1918 рр. Внаслідок епідемії у багатьох дітей, що перехворіли, з'явилися проблеми з поведінкою, які проявились у гіперактивності, низькому рівні контролю, порушенні моторики та уваги, експлозивності. Постраждали від епідемії діти, що перенесли мозкові інфекції, пологову травму, травму головного мозку, отруєння токсинами, у яких спостерігались порушення у поведінці, були названі "діти з синдромом пошкодження мозку". Цей термін пов'язувався із затримкою розумового розвитку. Якщо у дітей з подібною поведінкою не було ознак пошкодження мозку або затримки розумового розвитку використовували термін "мінімальне

пошкодження мозку" і "мінімальна мозкова дисфункція (ММД)". Теорія пошкодження мозку була відхилена внаслідок незначного відсотку випадків виникнення гіперкінетичного розладу та дефіциту уваги [14].

У 40-х роках ХХ століття у Сполучених Штатах Америки з'явився термін "гіперкінетична поведінка", який характеризував імпульсивних, неслухняних дітей. Описані поведінкові прояви пов'язувались з найменшими мозковими пошкодженнями.

У 50-х роках гіперактивність вважали гіперкінезом, який супроводжується недостатньою фільтрацією стимулів, поступаючих у мозок. Надмірна рухова активність розглядалась як головна ознака гіперактивності.

У 1959 році Е.Денефом був запропонований термін "Найменша мозкова дисфункція" для позначення важливих симптомів, які виникають в результаті ураження головного мозку: труднощі в навчанні, труднощі з контролю своєї активності і поведінки.

У 1962 році на спеціальній Міжнародній конференції в Оксфорді офіційно прийнятий термін "Мінімальна мозкова дисфункція" – (ММД), для позначення сукупності проблем поведінки та навчання у поєднанні з легкою неврологічною симптоматикою.

У 70-х роках у Чехії група лікарів, педагогів та психологів під керівництвом З. Тржесоглави займалась проблемою гіперактивних дітей. Захворювання на той час мало назву "легка дисфункція мозку" (ЛДМ). З. Тржесоглава на протязі 12 років спостерігала 324 дитини віком від 3-х до 19 років з метою вивчення захворювання. У ході дослідження з'ясувала фактори ризику захворювання у ранньому дитинстві, визначила неврологічні та поведінкові порушення. З. Тржесоглава прийшла до висновку, що причиною захворювання є ускладнення в пренатальний, перинатальний і постнатальний періоди. Доказом слугував той факт, що у 16 з 40 дітей, що з'явилися на світ в результаті оперативних пологів був встановлений діагноз "легка дисфункція мозку". Генетичні фактори вважала такими, що викликають захворювання. Зниження інтелекту на 10% від норми у 7-річному віці. З. Тржесоглава пояснювала порушенням уваги, візуально-рухової координації та сприйняття. У дітей спостерігалися порушення мови та мовлення, тривожність, нав'язливі рухи.

Психологи, досліджуючи дітей, використовували 15 діагностичних тестів, які показали, що здібності дітей з віком розвиваються, але не досягають нормального рівня і в повному обсязі дитиною не використовуються.

З. Тржесоглава підмітила, що з розвитком дитини змінюються симптоми захворювання. Якщо у ранньому віці домінувала недостатня зрілість рухових та психічних функцій, то з віком збільшувалися ознаки, що витікають з порушень пізнання, спілкування з навколишнім

світом. Дослідниця зробила важливий висновок – гіперрухливим дітям слід приділяти особливу увагу з самого початку навчання, використовувати спеціальні психолого-педагогічні методи корекції [17].

У 70-х роках Вірджинія Дуглас довела, що окрім гіперактивності основними симптомами є нестача (дефіцит) уваги і слабкий контроль імпульсивності. Ця теорія була широко розповсюджена і впливала на визначення основних діагностичних критеріїв та отримала назву "гіперкінетичний розлад і дефіцит уваги (ГРДУ)". Діагноз "ГРДУ" ставились дітям, у котрих спостерігались постійні, не відповідні їх віку симптоми неухважності, гіперактивності, імпульсивності. Тривалий час слабка саморегуляція і розгальмованість розглядалися як основні порушення при ГРДУ [12].

У 1966 році S. Clements визначав гіперактивність поняттям "легка дисфункція мозку", під яким розумів захворювання у дітей зі середнім чи близьким до середнього інтелектуальним рівнем, з порушеннями у поведінці у поєднанні з мінімальними відхиленнями центральної нервової системи, котрі виявляються у перцепції, мові, пам'яті, контролі уваги та рухових функцій.

У 1975 році В. Schmitt запропонував відмовитись від терміну "легка мозкова дисфункція". Об'рунтував заяву тим, що "легка мозкова дисфункція", як правило, пов'язується з мозковим пошкодженням, як наслідок – з інтелектуальним розвитком. За такого формулювання діагнозу, на дитину наклеюється ярлик "розовомово неповноцінного". Такий "ярлик" переслідує дитину, викликаючи необ'рунтоване відчуття провини батьків, їх занепокоєння за розвиток дитини та його майбутнє. З точки зору В. Schmitt достовірних доказів на користь цього терміну не існує [2].

Відмінності поглядів, думок, термінів панували і серед вітчизняних дослідників. Проблемою гіперактивних дітей займалися Л.О. Бадалян, І.П. Брязгунов, Л.Т. Журба, М.М. Заваденко, О.В. Запорожець, Д.Н. Ісаєв, Є.В. Касатікова, В.Р. Кучма, О.М. Мастюкова, М.С. Певзнер, Г.Г. Полуніна, В.М. Пугач, А.Л. Сиротюк, А.Е. Тамбієв, О.В. Халецька, Л.С. Чутко та інші.

М.С. Певзнер досліджуючи дітей з гіперактивністю, імпульсивністю, порушеннями уваги, використовував термін "затримка психічного розвитку", що виявляється в особливостях емоційно-вольової сфери [13]. У своїх публікаціях Л.Т. Журба (1972р.) використовувала терміни "парціоанальна мозкова дисфункція", "легка дисфункція мозку" [4]. Д.Н. Ісаєв про дітей з відхиленнями у поведінці писав "гіперактивна дитина" [8]. В.В. Ковальов у своїх роботах вживав терміни "порушення розвитку", "неправильне дозрівання" [9]. А.В. Запорожець та більшість вітчизняних психологів застосовували термін "рухове порушення сприйняття" [7].

Л.Т. Журба і О.М. Мاستюкова виявили найбільш характерні порушення у вигляді моторної недостатності, порушень мови, сприйняття, поведінки, специфічних труднощів у навчанні. Автори у своїх дослідженнях застосовували термін "ММД" з метою позначення станів непроградієнтного характеру з наявністю легких, мінімальних пошкоджень мозку на етапі раннього розвитку (до 3-х років), які проявляються у парціональних або загальних порушеннях психічної діяльності за винятком загального інтелектуального недорозвитку [4].

З того часу термін "ММД" розповсюджувався і більш широко використовувався для визначення розладів поведінки та труднощів у навчанні, не пов'язаних з вираженими порушеннями інтелектуального розвитку.

Мінімальна мозкова дисфункція як наслідок легкої органічної ураженості головного мозку характеризуються різними неврологічними симптомами та невротичними реакціями – головним болем, порушенням сну, енурезом, затримкою розвитку мови, які викликають специфічні складнощі у навчанні та поведінці.

Різні дослідники у термін "ММД" включали до ста клінічних проявів. Крім рухової нестримності, дефіциту уваги, високої імпульсивності звертали увагу на агресивність, дратівливість, інфантильну поведінку, соціальну незрілість, учбові труднощі (дислексія, дисграфія, дискалькулія), візуально-перцептуальні порушення, порушення мови, розлади сну, невротичні стани.

Так М.М. Заваденко розглядає ММД як наслідок ранніх локальних пошкоджень головного мозку, що проявляються у віковій незрілості окремих вищих психічних функцій та їх дисгармонійним розвитком. СДУГ – один з варіантів ММД, картину якого визначає не відповідна ситуації надмірна активність, дефіцит уваги, імпульсивність у соціальній поведінці та інтелектуальній діяльності, проблеми у взаємовідносинах з оточуючими, супутнє порушення поведінки, труднощі у навчанні, низька успішність у школі, знижена самооцінка [5]. В.І. Гузева підкреслила збереженість вищих кіркових функцій при затримці їх дозрівання [3].

А.Л. Сиротюк трактує ММД як невелику вроджену нерівномірність розвитку окремих мозкових функцій, що не зачіпає інтелекту і розумових здібностей [15].

Сучасне поняття ММД (Мінімальна мозкова дисфункція) – термін, який широко вживається стосовно дітей без виражених інтелектуальних розладів, але з різними легкими розладами поведінки та навчання внаслідок біологічно зумовленої недостатності функцій нервової системи, найчастіше резидуально – органічного характеру, і являє собою недиференційований синдром з великою варіабельністю симптомів у різних пацієнтів.

До них відносяться: неврологічна мікросимптоматика, затримка моторного розвитку, гіпо-/гіперактивність, нерівномірна інтелектуальна працездатність, порушення уваги, просторових уявлень, дислексія, дисграфія, дискалькулія, слабка пам'ять, імпульсивність, збудливість, агресивність, некерованість поведінки, порушення сну, лабільність настрою і т.д. [16].

Подібні прояви пояснюють "психомоторну розгальмованість" ("гіпердинамічний", "гіперкінетичний"). Синдром психомоторної розгальмованості проявляється у надмірній рухливості, метушливості, незібраності, непосидючості. Поєднується він, як правило, з нестійкістю уваги, схильністю до відволікання, підвищеною виснажуваністю, іноді тиками ті іншими гіперкінезами, імпульсивними діями. Даний синдром характерний для дошкільного та раннього шкільного віку та часто спостерігається у дітей з проявами інфантилізму, затримки моторного розвитку, загальним психічним недорозвитком [16]. Гіперактивність стала розглядатися як одна з форм ММД.

У 80-ті роки ХХ століття з'являється термін "синдром дефіциту уваги з гіперактивністю". Під цим терміном дана патологія увійшла до Американської класифікації захворювань. Американське "Керівництво з діагностики та статистики психічних розладів" в його третій редакції DSM-III [1980] розмежовує два варіанти СДУГ: синдром дефіциту уваги з гіперактивністю і синдром дефіциту уваги без гіперактивності, позначаючи найбільш часті порушення поведінки у дітей.

У четвертій редакції DSM-IV [1994] Американської психіатричної асоціації виділили три головні форми синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю: 1) поєднана форма синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ/УГ); 2) синдром дефіциту уваги з гіперактивністю з перевагою порушення уваги (СДУГ/У); 3) синдром дефіциту уваги з гіперактивністю з перевагою гіперактивності і імпульсивності (СДУГ/Г) [25].

У МКХ – 10, передбачені наступні критерії для стану, який розглядається у позиції ММД. Так у розділі F8 – розлади, пов'язані з психічним розвитком: F80 – специфічні розлади розвитку мовлення та мови; F81 – специфічні розлади розвитку здібностей до навчання; F82 – специфічний розлад розвитку рухової функції. Розділ F-9 розглядає розлади поведінки та емоцій, які здебільшого починаються у дитячому та підлітковому віці: F-90 – гіперкінетичні розлади; F-91 – розлади поведінки [9].

Проблема СДУГ все частіше привертає увагу спеціалістів різних галузей і носить міждисциплінарний характер, об'єднує навколо себе невропатологів, психологів, психіатрів, педагогів.

Так, невропатологи визначають цей стан як мінімальну мозкову дисфункцію, незрілість емоційно-вольової сфери, гіперактивність; психіатри роз-

глядають як гіперкінетичний синдром. Психологи діагностують порушення просторової орієнтації, низький рівень розвитку моторики, використовують термін "дитяча диспраксія" або "апраксія розвитку". Педіатр знаходить затримку психомоторного розвитку. Педагог підкреслює розсіяність уваги, непосидючість, педагогічну занедбаність, відсутність готовності до навчання.

Висновки. Аналізуючи дослідження зарубіжних та вітчизняних науковців наприкінці XIX – XX століття, які займалися вивченням дітей з поведінковими проблемами, стає очевидно: по-перше, відсутність єдності поглядів на назву "відхилень у поведінці". Описуючи однакові прояви поведінки, кожний дослідник використовував свій термін: "моторна дебільність", синдром Турета, "дрангеретизм", гіперкінетичний невроз, гіперкінетична поведінка, найменша мозкова дисфункція, найменше ураження мозку, мінімальна мозкова дисфункція; по-друге, відмінність поглядів на причину виникнення імпульсивності, гіперактивності, дефіциту уваги – органічні пошкодження мозку, затримка розумового розвитку дітей, природні прояви дитячого віку або помилки виховання.

Дослідники XIX – XX століть розкрили і висвітили проблему збудженої поведінки, високого рівня моторності, безцільної імпульсивності. Час існування безлічі термінів захворювання закінчився і спеціалісти зупинились на терміні СДУГ. Під цим терміном дана патологія увійшла до Американської класифікації захворювань. СДУГ слід розглядати як форму найменшої мозкової дисфункції, котра якісно відрізняється від інших форм найменшої мозкової дисфункції і характеризується комплексом психічних особливостей, які відображають деяке цілісне психологічне утворення.

Список використаних джерел

1. Альтхер П. Гиперактивные дети: коррекция психомоторного развития / Альтхер П., Берг Л., Вельорль А. и др. ; под ред. Пассольта М. – М. : Издательский центр "Академия", 2004. – 160 с.
2. Брызгунов И.П. Непоседливый ребенок, или все о гиперактивных детях / Брызгунов И.П., Касатикова Е.В.. – М. : Изд-во Института психотерапии, 2001. – 96 с.
3. Гузева В.И. Руководство по детской неврологии / В.И. Гузева. – СПб., 1998. – 495 с.
4. Журба Л.Т. Ранние неврологические проявления минимальной церебральной дисфункции у детей / Журба Л.Т., Мостюкова Е.М. // Журн. неврол. и псих. им. С.С. Корсакова – 1978. – №10. – С. 1451-1454.
5. Заваденко Н.Н. Детская гиперактивность: особенности диагностики и лечения / Н.Н. Заваденко // Российский медицинский журнал. – 1999. – №4. – С. 25-31.

6. Заваденко Н.Н. Как понять ребенка: дети с гиперактивностью и дефицитом внимания / Н.Н. Заваденко. – М. : ИД "Школа Пресс 1", 2001. – 128 с.
7. Запорожец А.В. Развитие произвольных движений ребенка / А.В. Запорожец. – М. : Педагогика, 1986. – С. 23-56.
8. Исаев Д.Н. Психическое недоразвитие детей / Д.Н. Исаев. – Л. : Медицина, 1982. – 224 с.
9. Карманное руководство к МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств / [сост. Дж. З. Купер] ; пер. англ. – К. : Сфера, 2000. – 164 с.
10. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста / В.В. Ковалев. – М., 1995. – 560 с.
11. Международный форум, посвященный обсуждению детских поведенческих расстройств // Вопросы психологии. – 2006. – №3. – С. 168.
12. Мэш Э., Вольф Д. Нарушения психики ребенка: психологическая энциклопедия / Э. Мэш, Д. Вольф. – СПб. : Прайм-Еврознак, 2003. – 384 с.
13. Певзнер М.С. Клиническая характеристика детей с задержкой развития / М.С. Певзнер // Дефектология. – 1972. – №3. – С. 3-9.
14. Политика О.И. Дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью / О.И. Политика. – СПб. : Речь, 2005. – 208 с.
15. Сиротюк А.Л. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью / А.Л. Сиротюк. – М. : Творческий Центр, 2005. – 124 с.
16. Справочник детского психиатра и невропатолога / [ред. Булаховой Л.А.]. – К. : Здоров'я, 1985. – С. 31-32.
17. Тржесоголава З. Легкая дисфункция мозга в детском возрасте / З. Тржесоголава. – М. : Медицина, 1986. – 256 с.

Spisok vikoristanix dzherel

1. Al'ther P. Giperaktivnye deti: korrekciya psihomotornogo razvitiya / Al'ther P., Berg L., Vjol'orl' A. i dr. ; pod red. Passol'ta M. – М. : Izdatel'skij centr "Akademija", 2004. – 160 s.
2. Brjazgunov I.P. Neposedlivyj rebenok, ili vse o giperaktivnyh detjah / Brjazgunov I.P., Kasatikova E.V.. – М. : Izd-vo Instituta psihoterapii, 2001. – 96 s.
3. Guzeva V.I. Rukovodstvo po detskoj nevrologii / V.I. Guzeva. – SPb., 1998. – 495 s.
4. Zhurba L.T. Rannie nevrologicheskie pojavlenija minimal'noj cerebral'noj disfunkcii u detej / Zhurba L.T., Mostjukova E.M. // Zhur. nevrol. i psih. im. S.S. Korsakova – 1978. – №10. – S. 1451-1454.
5. Zavadenko N.N. Detskaja giperaktivnost': osobennosti diagnostiki i lechenija / N.N. Zavadenko // Rossijskij medicinskij zhurnal. – 1999. – №4. – S. 25-31.

6. Zavadenko N.N. Kak ponjat' rebenka: deti s giperaktivnost'ju i deficitom vnimanija / N.N. Zavadenko. – M. : ID "Shkola Press 1", 2001. – 128 s.
7. Zaporozhec A.V. Razvitie proizvodnyh dvizhenij rebenka / A.V. Zaporozhec. – M. : Pedagogika, 1986. – S. 23-56.
8. Isaev D.N. Psihicheskoe nedorazvitie detej / D.N. Isaev. – L. : Medicina, 1982. – 224 s.
9. Karmannoe rukovodstvo k MKB-10: Klassifikacija psihicheskikh i povedencheskikh rasstrojstv / [sost. Dzh. Z. Kuper] ; per. angl. – K. : Sfera, 2000. – 164 s.
10. Kovalev V.V. Psihijatrija detskogo vozrasta / V.V. Kovalev. – M., 1995. – 560 s.
11. Mezhdunarodnyj forum, posvjashhenyj obsuzhdeniju detskih povedencheskikh rasstrojstv // Voprosy psihologii. – 2006. – №3. – S. 168.
12. Mjesh Je., Vol'f D. Narushenija psihiki rebenka: psihologicheskaja jenciklopedija / Je. Mjesh, D. Vol'f. – SPb. : Prajmevroznak, 2003. – 384 s.
13. Pevzner M.S. Klinicheskaja harakteristika detej s zaderzhkoj razvitija / M.S. Pevzner // Defektologija. – 1972. – №3. – S. 3-9.
14. Politika O.I. Deti s sindromom deficita vnimanija i giperaktivnost'ju / O.I. Politika. – SPb. : Rech', 2005. – 208 s.
15. Sirotjuk A.L. Sindrom deficita vnimanija s giperaktivnost'ju / A.L. Sirotjuk. – M. : Tvorcheskij Centr, 2005. – 124 s.
16. Spravochnik detskogo psihiatra i nevropatologa / [red. Bulahovoj L.A.]. – K. : Zdorov'ja, 1985. – S. 31-32.
17. Trzhesoglava Z. Legkaja disfunkcija mozga v detskom vozraste / Z. Trzhesoglava. – M. : Medicina, 1986. – 256 s.

Goncharenko N.A. History of the concept attention deficit disorder with hyperactivity. *This paper presents the problem of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). Deals with the views of many foreign and local researchers on the nature of the problem of ADHD from the nineteenth century to the present. The causes the large number of terms and associated manifestations of ADHD. Submitted by determining the progress of the phenomenon of ADHD pathology and factors of hyperactivity, impulsivity, attention deficit. Shown complexity of the problem of ADHD: research professionals from different fields related to the focus of interest of researchers.*

Investigating the Deficit Hyperactivity Disorder is at the crossroads of many sciences of genetics and neurology, psychology and psychiatry, pedagogy and Pediatrics, Neonatal and Developmental Physiology, Sociology and defectology and interpretation of the term is associated primarily with features of interest to researchers. Since teachers are concerned the inability of the child to control their behavior, psychologists fix attention on disorientation in space, poor motility possibilities, oppositional behavior disorders, psychiatrists distinguish dominant behavior disorders and learning difficulties, pathologists

– *mental retardation. Over the past hundred years were offered a large number of terms denoting ADHD, and theories explaining the origin of this syndrome.*

Key words: *attention deficit hyperactivity disorder, syndrome brain injury, minimal brain dysfunction, hyperkinetic behavior, mild brain dysfunction.*

Отримано: 24.07.2014 р.

УДК159.9-051:616-056.32:57.04

Гончаренко Н.В.

ПСИХОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ЗБЕРЕЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ

Гончаренко Н.В. Психологічні засади збереження психічного здоров'я майбутніх лікарів. Стаття присвячена змісту поняття психологічної допомоги, основним її видам, напрямкам професійної діяльності практичного психолога з метою збереження психічного здоров'я, психологічному тренінгу як оптимальній формі психологічної допомоги, спрямованій на збереження психічного здоров'я, арт-терапії, основним формам арт-терапевтичної роботи з клієнтами, оцінці арт-терапії та її перспектив у профілактиці стресу.

Ключові слова: *психологічна допомога, психологічний тренінг, психічне здоров'я, арт-терапія, профілактика стресу, майбутні лікарі.*

Гончаренко Н.В. Психологические основы сохранения психического здоровья будущих врачей. Статья посвящена содержанию понятия психологической помощи, основным ее видам, направлениям профессиональной деятельности практического психолога с целью сохранения психического здоровья, психологическом тренинге как оптимальной форме психологической помощи, направленной на сохранение психического здоровья, арт-терапии, основным формам арт-терапевтической работы с клиентами, оценке арт-терапии и ее перспектив в профилактике стресса.

Ключевые слова: *психологическая помощь, психологический тренинг, психическое здоровье, арт-терапия, профилактика стресса, будущие врачи.*

Постановка проблеми. За умов перетворення українського суспільства особливої ваги набувають питання формування в особистості ефективних життєвих стратегій, компетентності, гнучкості та мобільності соціальної поведінки, психосоматичного здоров'я та ін.

У цьому контексті проблема збереження та оптимізації психічного здоров'я, зокрема студентської молоді, становить особливий інтерес для психологічної науки, оскільки її розробка є надзвичайно актуальною та важливою для вирішення низки питань освітянської практики, пов'язаних, зокрема, з проблемою успішної адаптації до навчання у вузі, мотивацією до навчання та ін.

Вказується, що психічне здоров'я є однією із умов становлення професійної самосвідомості, ідентичності, ефективної професійної діяль-