

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«ПРИКАРПАТСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВАСИЛЯ СТЕФАНІКА»

На правах рукопису

ПРОКОПІВ ЛЮДМИЛА ЯРОСЛАВІВНА

УДК 159.9: 376.3

**ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ
ГІПЕРАКТИВНОСТІ ДОШКІЛЬНИКІВ**

Спеціальність 19.00.07 – педагогічна та вікова психологія

Дисертація

на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук

Науковий керівник:

Карпенко Зіновія Степанівна

доктор психологічних наук, професор

Івано-Франківськ – 2016

ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1.	
ФЕНОМЕН ГІПЕРАКТИВНОСТІ У ДІТЕЙ ЯК ПРОБЛЕМА ПСИХОЛОГІЇ РОЗВИТКУ ЛЮДИНИ	11
1.1. Історія дослідження феномену гіперактивності: патопсихологічний і нейрофізіологічний ракурси	11
1.2. Психолого-педагогічна характеристика гіперактивних дошкільників.....	23
1.3. Дитяча гіперактивність як джерело розвитку девіантної поведінки.....	36
Висновки до першого розділу.....	48
РОЗДІЛ 2.	
КОНЦЕПТУАЛЬНО-МЕТОДИЧНА МОДЕЛЬ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ТА РЕЗУЛЬТАТИ ПЕРВИННОЇ ДІАГНОСТИКИ	51
2.1. Суб'єкт-орієнтована модель корекції гіперактивності дошкільників та етапи її верифікації	51
2.2. Особливості діагностики гіперактивного розладу з дефіцитом уваги у дітей	60
2.3. Методи діагностики гіперактивності у дошкільників.....	69
2.4. Результати констатувального етапу психолого-педагогічного експерименту.....	78
Висновки до другого розділу.....	85

РОЗДІЛ 3.**КОМПЛЕКСНА СУБ'ЄКТ-ОРІЄНТОВАНА МУЛЬТИМОДАЛЬНА****ПСИХОКОРЕКЦІЯ ГІПЕРАКТИВНОСТІ ДОШКІЛЬНИКІВ88**

3.1. Методи психокорекції гіперактивної поведінки дошкільників.....88

3.2. Типова суб'єкт-орієнтована програма психокорекції
гіперактивності дошкільників та особливості її впровадження.....993.3. Методичні рекомендації вихователям дошкільних навчальних
закладів щодо роботи з гіперактивними дітьми та взаємодії з
батьками.....120

3.4. Програма психоедукації батьків гіперактивних дітей.....127

3.5. Результати контрольного етапу психолого-педагогічного
експерименту.....140

Висновки до третього розділу.....148

ВИСНОВКИ..... 151**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....154****ДОДАТКИ.....175**

ВСТУП

Актуальність теми. Проблема психологічної допомоги дітям з вадами розвитку є однією найважливіших в сучасній віковій та педагогічній психології. Наукова статистика свідчить, що частота порушень дитячого розвитку та поведінки по типу «гіперактивності» постійно зростає. Непосидючість, тривожність, неспокій, порушення стійкості уваги та зниження її концентрації, емоційна лабільність, імпульсивність, швидка виснажуваність об'єднані також у медичний термін «гіперактивний розлад з дефіцитом уваги» (ГРДУ).

За даними різних досліджень поширеність ГРДУ становить від 3 до 20%, офіційний показник в DSM-IV становить 3,5%. Тобто, щонайменше кожна тридцята дитина має ГРДУ, а це реально означає, що у групі дошкільного навчального закладу чи в класі загальноосвітньої школи є принаймні одна гіперактивна дитина. Такі діти погіршують соціально-психологічний клімат у групах, стають активним джерелом нервозності, викликають глибоке занепокоєння батьків, педагогів та вихователів.

Гіперактивні діти відносяться до категорії дітей з нормальним розвитком і повинні виховуватися разом з однолітками, відвідувати дошкільні навчальні заклади, а згодом і загальноосвітню школу, однак вони мають специфічні особливості розвитку психіки, поведінки і діяльності, які без спеціально організованої психологічної допомоги можуть перерости в патологічні і стати причиною соціальної дезадаптації.

Гіперактивність в дитячому віці є етіологічно поліморфним розладом, який зумовлюється сукупністю біологічних, психологічних і соціальних чинників. До цих пір тривають наукові дискусії з приводу того, який чинник є визначальним у виникненні і розвитку гіперактивності і які методи корекції цього розладу є найбільш ефективними. Теоретико-експериментальні дослідження в цьому напрямку з позицій патогенетичного, клінічного

підходу активно ведуться за кордоном (Р. Барклі, Дж. Август, П. Бейкер, М. Алворд, Е. Бонд, П. Вендер, Л. Гольдман, М. Дженел, С. Клементс, Дж. Партрідж, Е. Тейлор, Е. Штраус, М. Раттер та ін.). В Україні та на пострадянському просторі розвивається здебільшого психолого-педагогічний підхід до вивчення проблеми дитячої гіперактивності (А. Єськова, М. Заваденко, О. Касатікова, О. Гуріна, І. Брязгунов, Л. Чутко, О. Політико, І. Арцишевська, Ю. Шевченко, Г. Моніна, О. Халецька, О. Романчук, Н. Соловей, Є. Суковський, І. Марценківський, О. Тохтамиш, Е. Гуцало та ін.). Значного розповсюдження отримала практика когнітивно-поведінкової терапії, проте й досі бракує програм дієвого комплексного впливу на дітей з поведінковими розладами в дошкільних закладах, у школі та в середовищі за місцем проживання. Це зумовлює значно гірший, ніж у європейських однолітків, перебіг гіперактивних розладів. Близько 60-70% гіперактивних українських дітей мають серйозні труднощі в опануванні навчальної програми, виражені поведінкові та соціальні проблеми. Значна частина дітей переводиться на індивідуальні форми навчання і виховання, що посилює їх соціальну дезадаптацію.

Звертає на себе увагу той факт, що гіперактивний розлад з дефіцитом уваги постає справжньою проблемою тільки при вступі дитини на навчання в школу, коли вже надто очевидна шкільна дезадаптація і неуспішність.

Отже, існує необхідність аналізу різноманітних підходів і методів корекції ГРДУ і розробки комплексних мультимодальних підходів до виховання і навчання гіперактивних дошкільників. Світова психологічна думка пропонує чималий арсенал методик психотерапевтичної і психокорекційної роботи з гіперактивними дітьми. Проте їх застосування в Україні в умовах традиційного дошкільного закладу потребує попередньої апробації й адаптації з урахуванням менталітету та особливостей вітчизняної системи освіти.

Актуальність даної проблеми та недостатність її розв'язання обумовили тему дисертаційного дослідження: **«Особливості психологічної корекції гіперактивності дошкільників»**, оскільки розробка і впровадження дієвих технологій психологічної корекції гіперактивності є першочерговим завданням у галузі охорони психічного здоров'я дітей та фасилітації їх особистісного становлення.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційне дослідження здійснювалося відповідно до плану наукових досліджень кафедри педагогічної та вікової психології Прикарпатського національного університету імені Василя Стефаника «Інноваційні психотехнології оптимізації аксіогенезу особистості» (номер державної реєстрації 0109U001408). Тему затверджено Вченою радою вищевказаного навчального закладу (протокол № 2 від 2 березня 2010 р.) і узгоджено бюро Міжвідомчої ради з координації наукових досліджень з педагогічних і психологічних наук в Україні (протокол № 5 від 29 травня 2012 р.).

Метою даного дослідження є теоретичне обґрунтування й експериментальна перевірка комплексної суб'єкт-орієнтованої мультимодальної програми психокорекції гіперактивності дітей дошкільного віку.

На досягнення мети дослідження були спрямовані такі **завдання**:

1. Здійснити міждисциплінарний аналіз теоретико-експериментальних досліджень феномену гіперактивності, його етіології та корекції.
2. Обґрунтувати концептуально-методичну модель і організацію емпіричного дослідження гіперактивності дошкільників та представити його діагностичні результати.
3. Сконструювати й перевірити на ефективність комплексну суб'єкт-орієнтовану мультимодальну програму психокорекції гіперактивності дошкільників.

Об'єкт дослідження – феномен гіперактивності дошкільників.

Предмет дослідження – особливості (чинники, умови, методи і психотехнічні прийоми, засоби, критерії та показники) психологічної корекції гіперактивності дітей дошкільного віку.

У процесі дослідження було використано такі **методи**:

1) теоретичні – аналіз, синтез, порівняння, абстрагування, узагальнення, систематизація, концептуальне моделювання, проектування;

2) організаційні – порівняльний метод («поперечні зрізи»);

3) психодіагностичні:

– для визначення схильності дитини до гіперактивної поведінки – психолого-педагогічне спостереження за схемою П. Бейкера і М. Алворда, анкета для батьків І. Брязгунова та Є. Касатикової, опитувальник для визначення гіперактивності в дошкільному віці І. Арцишевської (для батьків і вихователів);

– для виявлення рівня обсягу, продуктивності і стійкості уваги – методики «Запам'ятай і розстав крапки», «Знайди і викресли» (обидві Р. Немова);

– для виявлення поведінкових тенденцій – анкети визначення рівнів імпульсивності Г. Лаврентьєвої та Т. Титаренко; агресивності, схильності до асоціальної поведінки З. Карпенко та методика визначення самооцінки дошкільника «Який я?» Р. Немова, включене спостереження, бесіда;

4) психокорекційні: в контексті психолого-педагогічного експерименту і з метою реалізації комплексної суб'єкт-орієнтованої мультимодальної програми психокорекції гіперактивності дошкільників – ігри, вправи, драматизації, психогімнастика як засоби експресивної та когнітивно-біхевіоральної психотерапії, психоедукація для дорослих;

5) математичні: описова статистика, визначення характеру розподілу даних за критерієм Колмогорова-Смирнова, знаходження значущості відмінностей за критеріями Манна-Уїтні та Вілкоксона з використанням

програм Microsoft Excel і пакету статистичних програм SPSS 21.0 для Windows;

б) структурний метод інтерпретації емпіричних даних.

Експериментальна база дослідження. Дослідження особливостей психокорекції гіперактивних дошкільників проводилося впродовж 2014 року на базі Інформаційно-методичного центру Коломийського міського відділу освіти в п'яти дошкільних навчальних закладах м. Коломиї Івано-Франківської області. Вибіркова сукупність становила 162 дітей віком 5-6 років (старший дошкільний вік), з яких гіперактивні діти – 22 особи. До процесу психологічної діагностики, а в подальшому і корекції, були залучені практичні психологи та вихователі дошкільних навчальних закладів, а також батьки гіперактивних дітей (всього 237 осіб).

Наукова новизна і теоретичне значення дисертаційного дослідження полягає в тому, що *вперше* обґрунтовано фундаментально-технологічну модель психокорекції гіперактивності дошкільників, що конкретизує засадничі положення принципу інтегральної суб'єктності на пояснення причин гіперактивного розладу з дефіцитом уваги у дітей та завдань щодо підсилення їх функціональних можливостей (каузальний аспект), а також накреслює технологічну перспективу розвитку особистісних властивостей гіперактивних дошкільників (телеологічний аспект); *розширено і систематизовано* організаційний і психотехнічний формати психокорекції гіперактивності дошкільників шляхом визначення специфіки завдань і змісту роботи психолога, вихователя і батьків дитини з ГРДУ із застосуванням засобів когнітивно-біхевіоральної та експресивної психотерапії; *поглиблено* уявлення педагогічної та вікової психології про чинники забезпечення диференційованого й індивідуального підходу до навчання і виховання дітей з ГРДУ в умовах інклюзивної освіти та комплексного підходу до психокорекції гіперактивної поведінки дошкільників.

Практичне значення полягає в розробці і перевірці ефективності типової комплексної суб'єкт-орієнтованої мультимодальної програми психокорекції гіперактивності дошкільників. Дана програма у складі індивідуальної та групової форм психокорекційної роботи з дітьми, психоедукації для батьків гіперактивних дітей може бути застосована у практичній роботі психологами дошкільних навчальних закладів. Зроблені теоретичні та емпіричні узагальнення можуть бути покладені в основу науково-методичного забезпечення професійної підготовки вихователів і психологів дошкільних навчальних закладів для роботи з гіперактивними дітьми в процесі викладання таких навчальних дисциплін: «Вікова психологія», «Педагогічна психологія», «Психологічна діагностика», «Основи психологічного консультування», «Основи психотерапії», «Основи психокорекції».

Основні результати дослідження **впроваджено** в навчально-виховний процес Коломийського педагогічного коледжу Івано-франківської обласної ради (довідка впровадження № 138 від 26.10.2015 р.), Інформаційно-методичного центру Коломийського міського відділу освіти (довідка впровадження № 567/01-13/01 від 20.12.2015 р.) та філософського факультету Прикарпатського національного університету ім. В. Стефаника (довідка впровадження № 01-15/06-13-869 від 12.05. 2016 р.).

Апробація результатів дослідження. Результати дисертаційної роботи стали предметом виступів та обговорення на міжнародних науково-практичних конференціях: «Генеза буття особистості» (Київ, 2011), «Проблеми девіантної поведінки: історія, теорія, практика» (Тернопіль, 2013), «Особистість в екстремальних умовах і кризових ситуаціях життєдіяльності» (Владивосток, Росія, 2014), «Наука і освіта в Австралії, Америці і Євразії: фундаментальні і прикладні науки» (Мельбурн, Австралія, 2014); всеукраїнських науково-практичних конференціях і семінарах: «Методологічні проблеми психології особистості» (Івано-Франківськ, 2011,

2015), «Філософсько-психологічні моделі дослідження ціннісних засад буття людини» (Івано-Франківськ, 2013), «Теоретичні та методологічні засади практичної психології: діагностика і корекція в їх єдності» (Ялта, 2011), «Треті Сіверянські соціально-психологічні читання» (Чернігів, 2012); регіональних науково-практичних заходах: конференції «Формування ключових компетентностей майбутнього педагога в процесі освітньої діяльності»» (Коломия, 2012), круглого столу «Психологічна профілактика насилля і ворожості в суспільному та приватному житті» (Івано-Франківськ, 2015); щорічних звітно-наукових конференціях Прикарпатського національного університету імені Василя Стефаника (Івано-Франківськ, 2010 – 2015).

Надійність та вірогідність результатів дослідження забезпечено обґрунтованістю вихідних теоретико-методологічних засад, використанням комплексу методів, адекватних меті та завданням роботи, поєднанням кількісного та якісного аналізу емпіричних даних, коректним застосуванням непараметричних методів математичної статистики, репрезентативністю вибірки, апробацією результатів на практиці.

Публікації. Матеріали дисертаційної роботи викладено в 11 публікаціях, в тому числі: 5 статтях у фахових виданнях, визначених переліком МОН України, 2 статтях у фахових виданнях, які внесено до реєстру міжнародних наукометричних баз, 4 тезах у збірниках матеріалів наукових конференцій.

Структура та обсяг дисертації. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел (200 найменувань, із них 14 – іноземними мовами), чотирьох додатків на 30 сторінках. Робота містить 5 таблиць і 7 рисунків на 7 сторінках. Основний зміст дисертації викладено на 153 сторінках, загальний обсяг роботи – 205 сторінок.

РОЗДІЛ 1.

ФЕНОМЕН ГІПЕРАКТИВНОСТІ У ДІТЕЙ ЯК ПРОБЛЕМА ПСИХОЛОГІЇ РОЗВИТКУ ЛЮДИНИ

Феномен гіперактивності є предметом міждисциплінарних студій. У першому розділі дисертації подано історичний огляд дослідження проблеми гіперактивності, наведено сучасні тлумачення причин, ознак, ризиків і ресурсів розвитку дітей з гіперактивним розладом і дефіцитом уваги.

1.1. Історія дослідження феномену гіперактивності: патопсихологічний і нейрофізіологічний ракурси

Проблема гіперактивності вперше стала об'єктом уваги науковців ще в середині XIX століття, коли деякі аспекти даного розладу вперше були описані лікарями: спочатку Г. Хоффманом, а потім – Ф. Шульцом. З того часу гіперактивність як розлад розвитку дитини досліджувався під різними термінологічними назвами: гіперкінетичний розлад, гіпердинамічний розлад, перинатальна енцефалопатія (ПЕП), мінімальна мозкова дисфункція (ММД), гіперактивний розлад з дефіцитом уваги (ГРДУ).

Насамперед варто з'ясувати, як трактується поняття гіперактивності в сучасній психологічній та педагогічній науці. Гіперактивність у дітей визначається як підвищена рухова (моторна) активність. З грец. «hyper» – над, зверху – частина складних слів, що вказує на перевищення норми. Слово «активний» походить від латинського слова «activus» і означає «дієвий, діяльний».

У психологічній науці, зокрема у «Великому тлумачному психологічному словнику» А. Ребера 2003 р. та у «Великому психологічному словнику» Б. Мещерякова та В. Зінченка подається таке визначення: «Гіперактивність – це порушення, викликане мінімальною мозковою

дисфункцією, яке характеризується надмірною активністю, дефектами концентрації уваги, імпульсивністю в соціальній поведінці й інтелектуальній діяльності, проблемами у взаєминах з оточуючими, труднощами навчання в школі, слабкою успішністю і низькою самооцінкою» [127, с. 71; 92, с. 83].

У «Словнику практичного психолога», укладеному С. Головіним, дитяча гіперактивність визначається як «відхилення від вікових норм онтогенетичного розвитку, яке характеризується неуважністю, відволіканням, імпульсивною поведінкою в інтелектуальній та соціальній діяльності, підвищеною руховою активністю при нормальному рівні інтелектуального розвитку» [33, с. 74].

Слід зазначити, що на пострадянському просторі чітко не визначена назва даного розладу: деякі автори вживають термін СДУГ (синдром дефіциту уваги з гіперактивністю) [1; 2; 11; 14; 25; 37; 41; 47; 50; 74; 105; 110; 137; 139; 166; 176], а деякі ГРДУ (гіперактивний розлад з дефіцитом уваги) [52; 56; 89; 129; 144; 156], хоча принципової відмінності між цими трактуваннями розладу немає. З огляду на дослівний переклад англійського варіанту Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) ми схильні вживати все-таки термін «розлад», а не «синдром», якому надають перевагу російські дослідники.

Ознайомлення з історією міждисциплінарних студій феномену гіперактивності засвідчує появу сталого інтересу до нього з середини XIX століття. Так, у 1845 р. німецький лікар Г. Хоффман в поетичній формі описав одну надзвичайно рухливу дитину на прізвисько «Непосидько Філіп». Наприкінці XIX століття Ф. Шульц видав книгу «Вади в характері дитини. Друга золота книжка». В ній він досліджує групу дітей, яких в результаті називає «неспокійними, важкими» дітьми. Такі діти відрізняються від інших тим, що рухливість у них розповсюджується переважно на весь організм: руки і ноги перебувають у неспокійному мимовільному русі, але дані рухи ці діти виконують не твердо і впевнено, а, навпаки, вони надмірно

«кидаються» в усі боки і своєю незграбністю лише ускладнюють справу [24, с. 13].

У 1880 році В. Джеймс детально описав надмірні прояви імпульсивності в дітей і дорослих, що зверталися до нього, а також надмірну схильність до роздратування і агресивних вчинків. Він назвав це явище експлозивністю (explosive – «запальний») [166, с. 82].

Предметом пильного вивчення лікарів дане захворювання стало з початку ХХ століття. У 1902 р. в журналі «Ланцет» з'явилася лекція англійського лікаря Дж. Стілла, який пов'язував гіперактивність з біологічною основою, а не з поганим вихованням, що негласно передбачалося в ті часи. Разом із тим він вважав, що в таких дітей зниження «вольового гальмування» відбувається через недостатній «моральний контроль». Він припустив, що така поведінка була результатом спадкової патології або родових травм. Дж. Стілл першим відзначив переважання даного захворювання серед хлопчиків, а також його причетність до асоціальної і кримінальної поведінки, до схильності до депресії й алкоголізму [25; 65; 166].

Повідомлення про велику кількість дітей, котрі поводяться «дивним чином», стали з'являтися після епідемії енцефаліту у першій половині ХХ століття, що, ймовірно, змусило пильніше вивчати зв'язок поведінки дитини з функціями її мозку. З того часу гіперактивність у дітей почали тісно пов'язувати з пошкодженням мозку. У середині ХХ століття більшого поширення набув термін «гіпердинамічний синдром», походження якого пов'язують з віддаленими наслідками ранніх органічних уражень головного мозку. Так, П. Левін (1938) обстежив 279 гіперактивних дітей і дійшов висновку, що важкі форми рухового неспокою зумовлені органічним ураженням мозку, а у виникненні легких форм велику роль виконує порушення взаємин з батьками. П. Левін дослідив, що ураження лобових часток головного мозку у приматів приводить до гіперактивності. Він зробив

висновок, що наявність цих симптомів у людини може вказувати на вже існуюче порушення функціонування мозку [45; 166].

У 1947 р. Е. Штраус висунув концепцію мінімального пошкодження мозку (*minimal brain damage*), згідно з якою ознаки гіперактивності у дітей нагадують наслідки черепно-мозкової травми в дорослих. Надалі в англо-американській літературі з'являється термін «мінімальна мозкова дисфункція» – «ММД» (*minimal brain dysfunction*) (П. Вендер, 1971) [166; 183]. До цієї категорії відносять дітей з проблемами в навчанні або поведінці, розладами уваги. Такі діти мають нормальний рівень інтелекту, проте наявні легкі неврологічні порушення, які не виявляються при стандартному неврологічному дослідженні.

Для уточнення меж цієї патології в США у 1966 р. була створена спеціальна комісія, що запропонувала таке визначення мінімальної мозкової дисфункції: даний термін повинен застосовуватися до дітей з середнім рівнем інтелекту, з порушеннями в навчанні і/або в поведінці, які поєднуються з патологією центральної нервової системи. С. Клементс охарактеризував гіперактивний розлад у дітей як «захворювання із середнім або близьким до середнього інтелектуальним рівнем, з порушенням поведінки від легкого до вираженого ступеня у поєднанні з мінімальними відхиленнями в центральній нервовій системі, які можуть характеризуватися різними поєднаннями порушень мовлення, пам'яті, контролю уваги, рухових функцій» [45, с. 11]. На його думку, індивідуальні відмінності у дітей можуть бути результатом генетичних відхилень, біохімічних порушень, інсультів у перинатальному періоді, захворювань чи травм у періоди критичного розвитку центральної нервової системи або інших органічних причин невідомого походження.

В СРСР тривалий час застосовувався термін «затримка психічного розвитку» (М. Певзнер, 1972). З 1975 року з'явилися публікації з використанням термінів «мозкова дисфункція», «легкі дисфункції мозку» (Л. Журба та ін., 1977) і «гіперактивна дитина» (Д. Ісаєв та ін., 1978),

«порушення розвитку», «неправильне дозрівання» (В. Ковальов, 1981), «синдром рухової розгальмованості», а пізніше – «гіпердинамічний синдром» (А. Личко, 1985; В. Ковальов, 1995) [166].

Так, одним із перших на вітчизняному просторі проблему «надрухливості» вивчав педагог і лікар В. Кащенко (1870 – 1943). Він виділяв широкий спектр порушень характеру, до яких, зокрема, відносив і «хворобливо виражену активність». У його посмертно виданій книзі «Педагогічна корекція» читаємо: «Кожній дитині притаманна рухливість як тілесна, так і психічна, тобто думок, бажань, прагнень. Таку її психофізичну властивість ми визнаємо нормальною і бажаною. Дивне враження справляє дитина млява, малорухлива, апатична. З іншого боку, надмірні прояви руху та діяльності (хворобливо виражена активність), доведена до неприродних меж, також привертає нашу увагу. Ми тоді відзначаємо, що дитина постійно перебуває в русі, не може сидіти спокійно жодної хвилини, совається на місці, махає руками і ногами, дивиться врізнобіч, сміється, бавиться, вічно про щось базікає, на зауваження не звертає уваги... У школі така хвороблива рухливість створює великі труднощі: дитина неуважна, багато пустує, багато розмовляє, без кінця сміється над кожною дрібницею. Вона надміру розсіяна. Не може взагалі або з важкими потугами доводити розпочату справу до кінця. У такої дитини немає гальм, немає належного самоконтролю. Все це викликається ненормальною м'язовою рухливістю, хворобливою загальнопсихічною активністю. Така психомоторна підвищена активність знаходить потім своє крайнє вираження в психічній хворобі, яка визначається як маніакально-депресивний психоз» [63, с. 32].

На нашу думку, описаний феномен В. Кащенко відносив до «вад характеру, зумовлених переважно активно-вольовими елементами», виділяючи також в якості самостійних вад відсутність певної мети, неуважність, імпульсивність вчинків. Визнаючи хворобливу зумовленість цих явищ, він пропонував в основному педагогічні способи їх контролю – від

спеціально організованих фізичних вправ до раціонального дозування навчальної інформації, яка підлягає засвоєнню. Він вважав, що необхідно навчити дитину прагнути і доводити до виконання свої бажання, наполягати на них, словом, втілювати їх. Для цього корисно давати їй завдання різної складності. Ці завдання протягом довгого часу повинні бути доступні дитині й ускладнюватися лише в міру розвитку її сил [63]. Проте з часом безсилля суто педагогічних методів корекції гіперактивності ставало все більш очевидним. Адже переважно ці методи спиралися на старе уявлення про вади виховання як джерело даної проблеми, тоді як психопатологічна природа «надмірної рухливості» потребувала іншого підходу. Досвід свідчив, що шкільну неуспішність гіперактивних дітей несправедливо пояснювати їх розумовою неповноцінністю, а їх недисциплінованість неможливо скоригувати суто дисциплінарними методами. Джерела гіперактивності слід було шукати в порушеннях нервової системи і відповідно до цього планувати корекційні заходи.

Дослідження в цій галузі привели вчених до висновку, що в даному випадку причиною порушень поведінки виступає дисбаланс процесів збудження і гальмування в нервовій системі. Безпосередньою причиною порушення називали мінімальну мозкову дисфункцію, тобто безліч мікроушкоджень мозкових структур (що виникають внаслідок родової травми, асфіксії новонароджених та безлічі подібних причин). Залежно від ступеня ураження ретикулярної формації і порушень з боку прилеглих відділів мозку виникають більш-менш виражені прояви рухової розгальмованості. Саме на моторному компоненті цього порушення і зосередили увагу вітчизняні дослідники, назвавши його гіпердинамічним синдромом.

У виникненні ГРДУ істотне значення мають причини, які можна об'єднати у три великі групи: генетичні механізми; органічне пошкодження

головного мозку; соціально-психологічні чинники. Всі ці причини, як правило, взаємопов'язані.

На генетичні чинники вказують спостереження за близнюками. Наявність у обох з них гіперактивної поведінки дозволяє припустити вплив генетичних механізмів на етіологію захворювання (Дж. Джіллліс, 1992; С. Сандберг, 1996; Е. Леві, 1998; Дж. Квуйст, 2003) [191; 194].

Значну роль у появі ГРДУ відіграють несприятливі умови перебігу вагітності і пологів. Шведський дослідник С. Джілберг (1983) відзначив, що у дітей немолодих породіль, які вперше стали матерями, ознаки порушення уваги та статико-моторна недостатність зустрічаються в 5 разів частіше порівняно з дітьми молодих матерів. У деяких наукових працях підкреслюється актуальність аліментарного чинника – недоїдання вагітної жінки і дитини в ранньому віці (Дж. Бідерман, С. Фараоне 1990) [194]. Також є докази підвищеного ризику розвитку ГРДУ у дітей, які народилися з недостатньою вагою або в недоношених дітей (Дж. Глетчер, 1997; Р. Барклі, 1998) [189].

У частини гіперактивних дітей в анамнезі є фактор перинатального гіпоксично-ішемічного ураження центральної нервової системи. Частота ГРДУ є значно вищою у дітей, що народилися недоношеними та з малою на гестаційний вік масою тіла (чим більший ступінь недоношеності, тим вищий ризик), а також у дітей, що перенесли енцефаліт, менінгіт або черепно-мозкову травму в дитинстві [194, с. 199].

Аналізуючи анамнестичні дані у дітей з ГРДУ, М. Заваденко і співавтори (2005) виявили у 84% випадків порушення перебігу вагітності або пологів. Особливо часто зустрічалися порушення перебігу вагітності, що зумовили хронічну внутрішньоутробну гіпоксію плоду (нестача кисню), до якої особливо чутливий мозок, що розвивається. Також важливе місце серед причин появи ГРДУ мали токсикоз і загроза переривання вагітності. Р. Браун (1991) звертає увагу на великий відсоток матерів, що вживали алкоголь під

час вагітності, серед батьків дітей з ГРДУ порівняно з контрольною групою [45; 74].

При вивченні нейрофізіологічних змін у дітей з ГРДУ виділяють таке поняття, як виконавська дисфункція або дисфункція контролюючої поведінки (executive dysfunction), яка спостерігається на фоні функціональної незрілості головного мозку і проявляється в недостатній активності гальмівних структур (Р. Барклі, 1997; Дж. Ніг, 2002) [188; 189]. Гальмувальна поведінка або затримка моторної реакції забезпечує розвиток таких виконавських функцій:

- оперативної пам'яті, яка дозволяє утримувати поточну інформацію, порівнювати її з минулими подіями і планованими майбутніми діями (передбачення або антиципація);
- саморегуляції афекту – здатності контролювати прояви емоцій, почуттів;
- внутрішнього мовлення;
- відтворення, аналізу поведінки, креативності [85].

Результатом розвитку виконавських функцій є становлення моторного контролю і цілеспрямованої адаптивної поведінки. Поведінкове гальмування складається із трьох взаємозв'язаних механізмів: гальмування домінуючої реакції, гальмування поточної реакції, контроль відволікання на перешкоди. Р. Барклі (1998) вважає, що основним механізмом розвитку ГРДУ є порушення гальмувальної поведінки [188; 189].

Водночас слід підкреслити, що несприятливі психологічні і соціальні чинники можуть закріплювати клінічні прояви ГРДУ і підсилювати дезадаптацію дітей. Так, дія негативних сімейних чинників була знайдена в 63% випадків при обстеженні дітей з ГРДУ (М. Заваденко, 2005) [45; 48].

А. Єськова (2001) виокремила низку соціально-психологічних факторів, які чинять вплив на виникнення і розвиток мінімальних мозкових дисфункцій, а отже, можуть бути непрямыми причинами ГРДУ: непідготовленість батьків до сімейного життя, напруженість і часті

конфлікти в сім'ї, упередженість і нетерпимість у вихованні дітей. Підсилюючий несприятливий ефект мають такі чинники, як: низький матеріальний рівень сім'ї, зловживання алкоголем членів сім'ї, використання фізичних методів покарання [43].

Наведені вище фактори можуть підсилювати прояви гіперактивного розладу, що виникли в результаті спадкової патології або пошкоджень головного мозку в пренатальному періоді. Деякі дослідники вказують і на вплив факторів навколишнього середовища: природних, біологічних і хімічних чинників. Наприклад, М. Заваденко вказує на можливість негативного впливу на вагітну жінку таких факторів: токсинів (свинець), радіації, побутового люмінесцентного освітлення, харчових добавок, паління тощо [49].

Різні автори намагалися пов'язати дитячу гіперактивність зі специфічними морфологічними змінами. Починаючи з 1970-х рр. особливий інтерес дослідників привертають ретикулярна формація і лімбічна система. Сучасні теорії в якості ділянки анатомічного дефекту при ГРДУ розглядають лобну частку і насамперед – префронтальну зону [45].

Уявлення про ушкодження лобної частки при ГРДУ ґрунтуються на схожості клінічних симптомів, що спостерігаються при гіперактивності, і у хворих з ураженням лобної частки. У пацієнтів обох груп відзначаються виражена мінливість і порушена регуляція поведінки, відволікання, слабкість активної уваги, рухова розгальмованість, підвищена збудливість і відсутність контролю імпульсів [48].

Визначальну роль у формуванні сучасної концепції ГРДУ мали праці канадської дослідниці когнітивного спрямування В. Дуглас, яка вперше в 1972 р. розглянула дефіцит уваги як аномально короткий період її утримування на якому-небудь об'єкті або дії в якості первинного дефекту при ГРДУ. Вона відзначила необхідність суттєво більшого, ніж у нормі, підкріплення функцій уваги для вироблення поведінкових навичок у

гіперактивних дітей. Однією з перших вона дійшла висновку про те, що ГРДУ обумовлюється загальними порушеннями процесів самоконтролю і гальмування на вищому рівні реалізації психічної діяльності, але аж ніяк не елементарними розладами сприйняття, уваги і рухових реакцій. Дослідження В. Дуглас послугували підставою для введення в 1980 р. у класифікацію Американської психіатричної асоціації, а згодом у класифікацію МКХ-10 (1994) діагностичного терміну «гіперактивний розлад з дефіцитом уваги» [91; 101].

Чеський автор З. Тржесоглава (1986) пропонує розглядати мінімальні мозкові дисфункції (ММД) з боку органічних і функціональних порушень. Він вживає терміни «легка дитяча енцефалопатія», «легке ушкодження мозку», трактуючи їх з позицій органічного підходу, а терміни «гіперкінетичний синдром», «синдром підвищеної збудливості» «синдром дефіциту уваги» та інші називає проявами ММД або найбільш вираженим функціональним дефіцитом [159].

Таким чином, у дослідженні мінімальних мозкових дисфункцій та їх проявів все більш виразно простежується тенденція до їх розмежування на окремі форми. Так, провідний американський науковець в галузі дослідження гіперактивного розладу Р. Барклі (R. Barkley) зазначав, що спочатку клінічні дослідження зосереджувалися виключно на вивченні поведінки дітей, і основний акцент ставився саме на гіперактивності, але у 1970 р. було відзначено, що у дітей з проявами гіперактивності і надмірної імпульсивності також виражений і дефіцит уваги. Як наслідок, було визначено термін «гіперактивний розлад з/без дефіцитом/у уваги (ГР/ДУ) [189, с. 164].

Значна неоднорідність клінічної групи патопсихологічних феноменів привела до її поділу на дві діагностичні категорії: 1) діти з порушенням активності та уваги; 2) діти зі специфічними розладами у навчанні (specific learning disability). Для останньої групи характерними вважаються такі розлади: дисграфія (неправильне написання елементів букв, «дзеркальне

письмо», недописані літери), дислексія (розлад читання), дискалькулія (розлад лічби), а також змішаний розлад пізнавальних навичок. У 1980 р. в класифікації DSM-III з'явилися терміни "розлад дефіциту уваги" – Attention Deficit Disorder (ADD) і його різновид "розлад дефіциту уваги з гіперактивністю" – Attention Deficit with Hyperactivity Disorder (ADD+H). У пізнішій редакції тієї ж класифікації (1987) почав використовуватися термін «гіперактивний розлад з дефіцитом уваги (ГРДУ)» у своєму нинішньому вигляді – Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) [91; 127; 135].

На сьогоднішній день використовуються діагностичні класифікації DSM-IV, DSM-V (2013) та МКХ-10 (міжнародна класифікація хвороб), які мають відмінності в питаннях діагностики гіперактивного розладу з дефіцитом уваги. Межі DSM-IV та оновленої DSM-V (2013) є ширшими і допускають легкі форми розладу, виокремлюючи лише симптоми порушення уваги, або тільки прояви гіперактивності та імпульсивності. Відповідно у цій системі існує три підвиди ГРДУ:

- комбінована форма (симптоми порушення уваги, гіперактивність та імпульсивність);
- форма з домінуючими розладами уваги;
- форма з переважанням проявів гіперактивності та імпульсивності [91; 92; 135].

У діагностичній класифікації МКХ-10 як синонім до поняття ГРДУ вживається термін «гіперкінетичний розлад». Критерії цієї класифікації є строгішими й охоплюють лише важкі форми розладу, що відповідають комбінованій формі ГРДУ за DSM-IV та DSM-V. Згідно з характеристиками (МКХ-10, ВООЗ, 1999) гіперкінетичні розлади – це група розладів, що характеризуються раннім початком і поєднанням надмірної активності та труднощами в регуляції поведінки з вираженими порушеннями функцій уваги. При цьому такі поведінкові характеристики і дисфункції проявляються в усіх ситуаціях і є постійними в часі [91].

Результати численних досліджень свідчать про істотну поширеність даного захворювання. Згідно з широкими критеріями DSM-IV поширеність ГРДУ становить за даними різних досліджень від 3 до 20% (огляд Goldstein, 1998) [194, с. 67–71], офіційний показник в самій DSM-IV – 3-5%. Навіть за строгішими критеріями МКХ-10 поширеність розладу становить 1,5%. Так, дослідження шведського вченого С. Джілберга (1983) свідчать про наявність ГРДУ у 2,2% дітей 6-7-річного віку. Це один із найнижчих показників. Дослідження Л. Гольдмана і М. Дженела (1998) свідчать про те, що ГРДУ страждають від 3 до 6% дітей шкільного віку. За даними Е. Тейлор (1991), у 17% дітей, які мешкають в Лондоні, існують ознаки ГРДУ. Про високі показники розповсюдження захворювання в популяції свідчать і результати, наведені американським дослідником М. Вольрайхом (1997). За цими даними, у 16% школярів зі штату Теннессі простежуються ознаки ГРДУ [48, с. 43]. В Україні теж спостерігається тенденція до зростання кількості таких дітей.

Результати досліджень Дж. Августа і Р. Барклі (1998) доводять, що даний синдром у 3-4 рази частіше зустрічається в осіб чоловічої статі. Відносне переважання ГРДУ серед хлопчиків науковці пояснюють низкою причин: впливом генетичних чинників; більш високою вразливістю великих півкуль мозку у хлопчиків порівняно з дівчатками, що зумовлює менший резерв їх компенсаторних можливостей (О. Корнев, 1995) [129; 189]. Окрім цього, у хлопчиків ГРДУ реєструють частіше внаслідок їх агресивної поведінки, а у дівчаток неухважність набагато рідше супроводжується деструктивною поведінкою.

Слід зазначити, ГРДУ зустрічається у дітей всіх соціально-економічних груп. При цьому низка авторів відзначає, що частіше ГРДУ фіксується у дітей із малозабезпечених сімей (Р. Трайтес, 1979; П. Жатмарі, 1992) [166]. Цей факт можна пояснити тим, що соціальні чинники частіше викликають супутні поведінкові проблеми кримінального характеру. Також

ГРДУ більш поширений в регіонах з підвищеною густиною населення (Р. Барклі, 1998) [189].

ГРДУ не є виключно розладом дитячого віку. Згідно зі статистичними даними, більша частина дітей, що мають ГРДУ, будуть мати цей розлад в підлітковому (70-80%) та дорослому віці (50-65%) [189, с. 114–125].

Аналіз теоретичних джерел і емпіричних досліджень показав, що етіологія розладу ГРДУ залишається не вивченою до кінця, клінічні та емпіричні обґрунтування стосуються різних гіпотез. Рівнозначне право на існування мають гіпотези генетичного, органічного, психологічного та соціального походження. Більшість авторів психологічних теорій вказує на необхідність розробки нових психокорекційних методик, особливих підходів до виховання і навчання дітей з гіперактивною поведінкою.

1.2. Психолого-педагогічна характеристика гіперактивних дошкільників

Для розуміння сутності феномену гіперактивності слід визначити ознаки даного розладу. Дослідниця і психотерапевт В. Оклендер дає таку загальну характеристику гіперактивним дітям: «Гіперактивній дитині важко сидіти, вона метушлива, багато рухається, крутиться на місці, іноді надмірно говірка, може дратувати манерою своєї поведінки. Часто в неї погана координація рухів або недостатній м'язовий контроль. Вона незграбна, кидає або ламає речі, розливає молоко. Такій дитині важко концентрувати свою увагу, вона легко відволікається, часто задає безліч питань, але рідко чекає відповідей» [103, с. 14].

Клінічні прояви гіперактивного розладу з дефіцитом уваги визначаються трьома основними симптомокомплексами: неухважністю, підвищеною активністю (гіперактивністю) та імпульсивністю.

Під неуважністю більшість науковців розуміє підвищений рівень відволікання і зниження концентрації уваги. Згідно з О. Лурією, увага є чинником, що «забезпечує вибірковість і спрямованість психічних процесів. Довготривала (безперервна) увага – це здатність підтримувати зосередженість протягом тривалого часу. Довільна увага виявляється у здатності зосереджуватися на необхідних стимулах і не відволікатися на перешкоди (сторонні стимули)» [85, с. 69]. У дітей з ГРДУ слабо розвивається довільна увага, що виявляється у неможливості тривалого виконання нецікавого завдання. Окрім цього, дефіцит довільної уваги є причиною підвищеного рівня відволікання на сторонні стимули, особливо якщо вони яскраві і цікаві. При цьому, за даними Е. Тейлора (1991), обсяг уваги у дітей з ГРДУ не нижчий, ніж у їх здорових однолітків [199].

На відміну від просто енергійних дітей, активність у дітей з ГРДУ носить безцільний характер. І. Арцишевська виокремлює сім ознак гіперактивності у дітей дошкільного віку: постійна рухова активність, порушення уваги, емоційна лабільність, нездатність виконувати завдання до кінця, запальність, нетерпимість до стресу, імпульсивність. Активність взагалі є рисою, що притаманна дитячому віку. Проте, на думку І. Арцишевської, гіперактивність передбачає наявність декількох специфічних рис. Зокрема, гіперактивна дитина перебуває в постійному русі і просто не може себе контролювати, навіть якщо вона втомилася, то продовжує рухатися, а вибившись із сил, плаче, доводить себе до істерики. Така дитина швидко і багато говорить, ковтає слова, перебиває, не дослуховуючи. Задає багато запитань, але рідко чекає відповіді на них. Дитину з ГРДУ неможливо укласти спати, а якщо вона спить, то уривками, неспокійно. У неї часто трапляються кишкові розлади. Також характерними є різні алергічні реакції. Дитина – некерована. Вона абсолютно не реагує на заборони й обмеження. В будь-яких умовах (вдома, в гостях, на прогулянці) поводить однаково активно. Часто провокує конфлікти. Не контролює

свою агресію – б'ється, кусається, штовхається, при цьому пускає в хід підручні засоби: палиці, каміння [11].

Імпульсивність, як складову ознаку ГРДУ, визначають як неможливість керувати своїми імпульсами. Виокремлюють когнітивну імпульсивність (відображає поспішне мислення) і поведінкову імпульсивність (відображає труднощі стримування моторних реакцій) (Е. Меш, Д. Вольф, 2003) [98]. Імпульсивні діти не можуть дочекатися своєї черги під час гри. У навчальній ситуації такі діти демонструють «імпульсивний стиль діяльності»: вони викрикують, не відповідають на питання повністю, перебивають інших (К. Квашнер, 2001) [166]. Через імпульсивність діти часто потрапляють в небезпечні ситуації, їм не властиво замислюватися про наслідки.

Е. Гуцало так характеризує гіперактивну дитину: «Гіперактивні діти безцільно тиняються по кімнаті в дитячому садку, без уяву базикають, заважають заняттям інших дітей. Підвищена активність в цей період може бути варіантом нормального розвитку, обумовленим темпераментом або жорсткими вимогами дорослих. На порушення вказують тяжкість і хронічний характер проблемної поведінки. У важких випадках надмірна рухова активність набуває ознак розгальмованості. Окрім цього, в таких дітей часто зустрічається мінімальна статико-моторна недостатність, диспраксія – так звана «незграбність» [40, с. 77]

Гіперактивність іноді поєднується з низкою супутніх симптомів: розладом поведінки, тривожністю, фобіями, нервовим тіком (тікозний гіперкінез).

Розлад поведінки (conduct disorder) характеризується наявністю агресивних і антисоціальних вчинків. Вважається, що у дитячому віці розлади поведінки в 3-4 рази частіше зустрічаються у хлопчиків, ніж у дівчаток. Окрім цього, М. Заваденко вказує на те, що дана патологія у хлопчиків виникає раніше і відзначається більшою стійкістю [45, с. 23].

Поєднання тривожних розладів з гіперактивністю спостерігається приблизно в 25% випадків. Однак результати досліджень, проведених О. Лапшиною (2006), показали, що 53% дітей з ГРДУ характеризуються ознаками тривожних розладів. Найчастіше фіксувалися генералізовані тривожні розлади і тривожно-фобічні розлади дитячого віку. Діти з цією патологією скаржаться на різноманітні страхи, у них виникають труднощі в міжособистісному спілкуванні – з батьками, вихователями, однолітками. Ці утруднення можуть привести до формування заниженої самооцінки, почуття «власної неповноцінності», що посилюються за наявності коморбідних тривожних розладів [45, с. 49].

За даними вітчизняних досліджень, число гіперактивних дітей з головними болями в популяції становить 10-33%. Найчастіше зустрічаються головні болі напруги (ГБН). Відомо, що в генезі головних болів напруги важливу роль відіграють емоційні порушення, хронічний стрес. Іноді опитувані описують скарги на наявність тяжкості, скутості у вигляді «каски» або «обруча» навколо голови. Такий стан традиційно визначають, як «каска неврастеніка». Ці болі реєструються від 1 до 3 днів на тиждень і виникають найчастіше у вечірній час [156].

За загальним інтелектуальним розвитком діти з ГРДУ перебувають на рівні норми або субнорми, але при цьому зазнають значних труднощів у навчанні та соціальній адаптації. І. Петрюк так описує свої спостереження: «Ніякі спроби надоумлення на гіпердинамічних дітей, як правило, не діють. У них все нормально з пам'яттю і розумінням мови. Просто вони не можуть утриматися від здійснення якої-небудь дії. Зробивши чергову каверзу або руйнівне діяння, гіпердинамічна дитина сама щиро засмучена і абсолютно не розуміє, як це вийшло" [108, с. 530].

Досить часто у гіпердинамічних дітей дошкільного віку спостерігаються різні порушення розвитку мовлення. Деякі з них починають говорити пізніше за однолітків, деякі – вчасно або навіть раніше, але біда – їх

ніхто не розуміє, тому що вони не вимовляють дві третини звуків. Безперервне базікання таких дітей з «кашею в роті» дуже втомливе для оточуючих і потребує втручання логопеда [108, с. 532].

Гіперактивні діти з самого початку не ходять, а бігають. Коли говорять, багато і незрозуміло розмахують руками, переминаються з ноги на ногу або підстрибують на місці. Ще одна особливість гіпердинамічних дітей – вони не вчаться не тільки на чужих, але навіть на своїх помилках. Поведінка таких дітей одразу привертає увагу: вони в постійному русі, бігають, зачіпають інших дітей, заважаючи їм гратися. Якщо їх змушують сидіти на місці — починають розгойдуватися, крутитися, потягуватися, робити різні рухи руками й ногами. Під час спілкування вони надто балакучі, проте щось розповідаючи, легко втрачають думку, бувають непослідовними; не договоривши про щось одне, починають розмову про зовсім інше. Вони можуть ставити безліч запитань, досить поверхових за змістом. Складається враження, що відповідь на поставлене запитання їх не цікавить. Такі діти не вміють самотійно гратися, не заглиблюються в гру, швидко її припиняють і звертаються до дорослих. Проте і дорослому, граючись з такою дитиною, доводиться докладати чимало зусиль, щоб утримувати її увагу й заохочувати закінчити розпочату справу. Все це ускладнює виховання і розвиток гіперактивних дітей. При цьому дорослі часто неправильно розуміють стан такої дитини, вважають її просто неслухняною, дуже енергійною, у якої, як вони кажуть, «енергія аж через край», і вживають хибних виховних заходів, що дуже ускладнює формування особистості дитини [24; 129].

Вивчення взаємин гіперактивних дітей з батьками показало, що їхні матері частіше користуються негативними, ніж позитивними засобами впливу на них: вони менше приділяють уваги спільним заняттям, а більше контролюють поведінку, обмежують свободу дітей. Це легко пояснити, зважаючи на особливо втомливу для дорослого поведінку гіперактивної дитини. Тому матері також виявляють підвищену роздратованість і,

можливо, не завжди усвідомлено обмежують своє спілкування з дитиною, вдаючись натомість до більш репресивних заходів. У відповідь діти починають поводитись агресивно, відчужено. Батьки, не розуміючи причин ворожості своїх дітей, посилюють тиск на них. Так виникає хибне коло: конфлікт між дорослими і дитиною поглиблюється, спричиняючи неадекватні способи його розв'язання та невротичні реакції. Наприклад, діти можуть спрямовувати свою агресію на менших, слабших дітей або тварин [129].

Негативно позначається на формуванні особистості гіперактивних дітей ускладнення стосунків з ровесниками, їхня імпульсивність заважає дотримуватися правил гри, що в середовищі дітей дошкільного віку має велике значення. Такі діти є дезорганізаторами гри і, як правило, стають небажаними її учасниками. Та сама імпульсивність робить цих дітей ініціаторами непорозумінь, сварок, бійок. Усе це відкидає їх на менш цікаві ролі в дитячому колективі, що формує у них знижену самооцінку, спричиняє почуття самотності, неповносправності [109].

Розглянемо докладніше відмінності психічного розвитку дошкільників вікової норми і дітей з ГРДУ. Аналіз досліджень в царині психології розвитку показав, що протягом дошкільного дитинства у психіці дитини відбуваються якісні зміни [27; 67; 68; 70; 81; 98; 99; 152; 181]. Емоційні переживання узагальнюються та усвідомлюються. У дошкільників формуються такі ключові якості, як пізнавальна активність, довіра до світу, впевненість у собі, доброзичливе ставлення до людей, творчі здібності тощо. Проте гіперактивні діти дошкільного віку відрізняються від своїх однолітків підвищеною рухливістю, неухважністю, імпульсивністю. Часто гіперактивність поєднується з недостатньою сформованістю дрібної моторики і навичок самообслуговування. Можуть спостерігатися порушення координації в просторі, незграбність. Все це породжує у гіперактивних дітей проблеми в міжособовому спілкуванні, істотно знижує самооцінку.

До характерних вікових особливостей нервової системи дошкільників відносяться: слабкість як процесів збудження, так і гальмування, їх невірноваженість, а також дуже висока чутливість [5]. Тому поведінка дитини ситуативна, вона погано переносить будь-які обмеження у часі, швидко забуває образи, розчарування, обіцянки, багато її звичок нестійкі і швидко руйнуються. Властивості нервової системи дошкільників дуже рідко укладаються в якийсь один класичний тип вищої нервової діяльності. Як правило, індивідуальна психіка репрезентує свій варіант динаміки нервових процесів. Тому, на нашу думку, варто провести порівняльний аналіз нормального психічного розвитку дітей дошкільного віку і психічного розвитку дошкільників з ГРДУ.

Надбання нормального психічного розвитку дошкільника пов'язані з прогресивними змінами вищої нервової діяльності, для якої характерною стає особлива жвавість орієнтувальних реакцій, що, як відомо, є необхідною умовою утворення нових тимчасових зв'язків. Утворюються складні умовні рефлекси, в яких провідну роль відіграє друга сигнальна система. Розвивається умовне гальмування, хоч іррадіація збудження ще є частим явищем у поведінці дитини. Посилюється регулятивний вплив кори великих півкуль на функціонування підкірки, що зумовлює фізіологічну основу цілеспрямованості й організованості поведінки [68, с. 90].

Відставання біологічного дозрівання центральної нервової системи у дітей з ГРДУ і, як наслідок, вищих мозкових функцій (переважно регулятивного компонента) не дозволяє дитині адаптуватися до нових умов існування і нормально переносити інтелектуальні навантаження [183].

О. Халецька (1999) проаналізувала стан зрілості вищих мозкових функцій у здорових дітей і дітей з ГРДУ віком 5-7 років і дійшла висновку, що виражених відмінностей між ними не спостерігається. Тому доцільно з 5-річного віку проводити динамічне психологічне спостереження за гіперактивними дітьми, використовуючи індивідуальні відновлювальні

методики. Це дозволить подолати затримку дозрівання вищих мозкових функцій у даної групи дітей і запобігти формуванню і розвитку в них дезадаптивного синдрому [170].

За даними вчених, мозок дитини з ГРДУ працює циклічно: 5-15 хвилин роботи, а потім 3-7 хвилин відпочинку. Дитині не вистачає енергії на продовження роботи, і потрібно цю енергію поповнити. В ці 5-7 хвилин для того, щоб свідомість була включена, дитина вимушена вертити головою, рухати кінцівками або всім тулубом [24, с. 30].

Слід зазначити, що втомлюваність гіперактивної дитини має подвійну природу: з одного боку, втома є захисною реакцією від виснаження організму, з іншого – вона стимулює відновлювальні процеси, забезпечує подальший розвиток функціональних можливостей. Чим довше гіперактивна дитина працює, тим коротшими стають продуктивні періоди і тривалішим час відпочинку – поки не настає повне виснаження. Тоді для відновлення розумової працездатності буває необхідний сон. Розумова втома більше властива дівчаткам [45; 170; 184].

Варто зазначити, що «гіперактивність» і «дефіцит уваги» чимало сучасних дослідників відносять до психологічних особливостей так званих дітей «індиго». Феномен таких дітей вже давно вивчається на державному і науковому рівні в США, Китаї, Ізраїлі, Росії та інших країнах. Створюються спеціальні навчальні заклади, а у Франції дітей, які мають рівень IQ вище 160, заносять до спеціального реєстру як надбаня нації. Проте, зв'язок гіперактивності та інтелектуальної обдарованості ще потрібно досліджувати і вивчати. На нашу думку, вміти працювати з гіперактивними дітьми і надавати їм альтернативні можливості в освіті – це спосіб зміцнити інтелектуальний потенціал нації.

Можна простежити невідповідність між реальним рівнем розвитку й тією успішністю, яку можна очікувати, виходячи з коефіцієнта інтелекту. Досить часто гіперактивні діти кмітливі і швидко «схоплюють» інформацію,

володіють неординарними здібностями. Серед дітей з ГРДУ зустрічаються дійсно талановиті діти, але й випадки затримок психічного розвитку серед даної категорії дітей не є рідкістю. Найсуттєвіше полягає в тому, що інтелект дітей зберігається, але риси, що характеризують ГРДУ, – неспокій, непосидючість, безліч зайвих рухів, недостатня цілеспрямованість, імпульсивність вчинків і підвищена збудливість – часто породжують труднощі в набутті навчальних навичок [82; 94].

Порівняємо відмінності в розвитку психічних процесів у дошкільному віці дітей з нормальним розвитком і дітей з ГРДУ.

Основна зміна у процесі нормального розвитку уваги у дошкільників полягає в тому, що вони вперше починають керувати нею, свідомо спрямовувати її на предмети та явища. Витоки довільної уваги (уваги, яка свідомо спрямовується і підтримується) лежать поза особистістю дитини. Це означає, що сам по собі розвиток мимовільної уваги (виникає і підтримується незалежно від свідомих намірів) не спричинює виникнення довільної уваги. Вона формується завдяки включенню дорослими дошкільника у нові види діяльності, спрямуванню й організації його уваги, в результаті чого дитина пізнає способи, використовуючи які, вона надалі починає сама керувати своєю увагою [132, с. 157].

При вивченні динаміки основних властивостей уваги у гіперактивних дітей було виявлено, що критерії стійкості і переключення відстають на один рік від аналогічних показників у здорових дітей. Основні риси розвитку цих показників подібні. Проте, інтенсивність уваги не покращується до 10 років, що пов'язано з нейрофізіологічним дефектом кори великих півкуль [24, с. 70].

Гіперактивним дітям властиве швидке мимовільне неконтрольоване переключення уваги з одного виду діяльності на інший. Вони відволікаються на незначні звукові і зорові стимули, які іншими однолітками ігноруються [101]. Тенденція до помітного зниження уваги спостерігається в незвичних для дитини ситуаціях, особливо коли необхідно діяти самостійно.

Порушення уваги у гіперактивних дітей сягає максимальних значень до 6 років і стає провідним порушенням у цьому віковому періоді [170].

Що стосується розвитку пам'яті, то саме в дошкільному віці (О. Леонт'єв, П. Зінченко) починається формування власне мнемічних дій, які мають свої специфічні цілі та способи їх досягнення. Загалом пам'ять дошкільника залежить від сформованості процесів уваги і розвивається в осмисленій діяльності. Прагнучи щось запам'ятати, дошкільники користуються такими прийомами, як уважне вислуховування доручення чи вказівки, розглядання об'єктів, повторне сприймання [68, с. 113].

Пам'ять у дітей з ГРДУ може бути в нормі, але через виняткову нестійкість уваги спостерігаються «прогалини в добре засвоєному» матеріалі [184]. Розлади короткочасної пам'яті можуть виявлятися у зменшенні обсягу запам'ятовування, підвищеному рівні відволікання сторонніми подразниками, сповільненому запам'ятовуванні. При цьому посилення мотивації чи організація матеріалу дає компенсаторний ефект, що свідчить про збереження коркової функції щодо пам'яті [170].

Розвиток мислення у дітей дошкільного віку пов'язане зі значними зрушеннями в їх мовленні. До семи років словниковий запас в нормі досягає 3500 – 4000 слів. Кількісне співвідношення слів різних категорій у словнику дошкільника наближається до їх співвідношення в мові, якою він оволодіває.

Окрім того, формується новий вид мовлення, а саме – внутрішнє мовлення, що стає засобом формування й функціонування внутрішніх розумових дій [68, с. 118]. Водночас на 6 – 7 рік життя припадає третій кризовий період розвитку мовлення, зумовлений зародженням писемного мовлення та великими навантаженнями на центральну нервову систему. Матеріальним субстратом мовленнєвої функції є нервова система. Тому при ушкодженні нервової системи і порушенні її дозрівання під впливом різних факторів найбільш часто відмічаються різноманітні порушення мовлення.

Варто зазначити, що максимальна вираженість ГРДУ, а це дошкільний вік, збігається з критичним періодом психомовленнєвого розвитку у дітей [90; 146]. Отже, цілком закономірно, що у гіперактивних дітей дошкільного віку проявляються різноманітні порушення мовлення.

У випадку порушення регуляції мовлення, мова дорослого мало коригує діяльність дитини. Це призводить до ускладнень в послідовному виконанні тих чи інших інтелектуальних операцій. Дитина не помічає своїх помилок, забуває кінцеве завдання, легко переключається на побічні або неіснуючі подразники, не може зупинити побічні асоціації [90; 148].

Досить часто у дітей з ГРДУ зустрічаються такі порушення, як затримка розвитку мовлення, недостатність моторної функції апарату артикуляції, надмірно уповільнене мовлення, або, навпаки, вибуховість, порушення голосу і дихання під час мовлення [24].

Деякі дослідники відзначають і інші дефекти мовлення в гіперактивних дітей, наприклад, заїкання. Хоча заїкання не має чітких вікових тенденцій, однак найчастіше спостерігається у 5 і 7 років. Цей розлад мовлення більше властивий хлопчикам. Інші автори також виділяють надмірну балакучість даної категорії дітей [12; 25; 110].

Безсумнівно, найяскравіше вираженою характеристикою дошкільника з ГРДУ, яка суттєво відрізняє його розвиток від групи «норма» і створює найбільше проблем в сфері соціальної взаємодії, є підвищена рухова активність. Основні прояви підвищеної збудливості нервової системи спостерігаються в різних формах рухової розгальмованості, яка безцільна, нічим не мотивована і зазвичай не керована ні дорослими, ні однолітками [170; 183].

Разом з руховою розгальмованістю проявляються порушення координації. Це породжує загальні труднощі у сприйнятті, що відбивається на розумових здібностях дітей, а, отже, в подальшому розвитку і на якості навчання. Найбільш часто страждають тонка моторика, сенсомоторна

координація і спритність рухів рук. Труднощі, пов'язані з утриманням рівноваги (при стоянні, катанні на ковзанах, роликах, двоколісному велосипеді), порушення зорово-просторової координації (нездатність до спортивних ігор, особливо з м'ячем) – причини моторної «незграбності» і підвищеного ризику травматизму [159].

Внаслідок перезбудження і розгальмованості поведінки гіперактивні діти погано засинають навіть при дотриманні режиму, їдять поспіхом, все гублячи і розливаючи, в результаті чого процес прийняття їжі стає джерелом щоденних конфліктів у сім'ї [90; 159].

Імпульсивність у дошкільників з ГРДУ, як правило, проявляється в поспішному та неохайному виконанні завдань (незважаючи на зусилля все робити правильно), в нестриманості у словах, вчинках і діях, (наприклад, вигукування з місця під час заняття, нездатність дочекатися своєї черги в іграх або іншій діяльності), у невмінні програвати, в зайвій наполегливості у відстоюванні своїх інтересів (незважаючи на вимоги дорослого). З віком прояви імпульсивності змінюються: чим дитина старша, тим імпульсивність більш виражена і помітніша для оточуючих [48; 170].

Щодо емоційного розвитку дитини, то розвиток динамічної сторони емоцій і почуттів дошкільника зумовлений формуванням уміння контролювати і регулювати свої емоційні прояви. Змістовий аспект емоцій та почуттів пов'язаний із причинами і об'єктами переживання [132, с. 160].

Проте, почуттєва сфера дитини дошкільного віку з ГРДУ часто страждає внаслідок низки критичних ставлень з боку дорослих, постійних зауважень і докорів. Часто спостерігається мінливий настрій – від піднесеного до депресивного. Несподівано і безпідставно виникають напади злості, люті, гніву не тільки по відношенню до оточуючих, але і до себе самого. Як результат, гіперактивній дитині притаманні занижена самооцінка та підвищений рівень тривожності [24; 82; 93; 178].

Мотиваційна сфера дошкільника з ГРДУ теж визначається сукупністю наслідків недостатньої сформованості функцій центральної нервової системи. Оскільки поведінка гіперактивних дітей відзначається дефіцитом самоконтролю, то прагнення до самостійних дій («Я так хочу») виявляється сильнішим мотивом, ніж будь-які правила. Знання правил не виступає значущим мотивом власних дій. Правило залишається знаним, але суб'єктивно не значущим [137]. Як наслідок, гіперактивні діти дуже слабо мотивовані. Інтерес, бажання чимось займатися формується у них повільно. Але якщо такий інтерес сформувався, зазвичай він залишається надовго або на все життя [178].

Інтерес до діяльності або захопленість грою у таких дітей швидко проходять. Діти з ГРДУ люблять грати в деструктивні гри, під час гри не можуть зосередитися, конфліктують з товаришами, незважаючи на те, що люблять колектив. Амбівалентність форм поведінки найчастіше проявляється в агресивності, жорстокості, плаксивості, істеричності тощо. Зважаючи на це, у дітей з гіперактивним розладом мало друзів, хоча ці діти екстраверти: вони шукають друзів, але швидко втрачають їх [24; 183].

Таким чином, порівняльний аналіз показав, що діти дошкільного віку з ГРДУ порівняно зі своїми однолітками демонструють знижений рівень довільності власної активності як однієї з основних складових психічного розвитку, а також мають значні порушення властивостей уваги та пізнавальних процесів. Критичним, на нашу думку, є те, що на період дошкільного віку, коли спостерігається пік прояву ознак ГРДУ, накладається перебіг інших закономірних для нормального розвитку кризових явищ в розвитку психіки, що ще більше ускладнює становище гіперактивної дитини.

Отже, на основі вищесказаного можна зробити висновок, що гіперактивні діти дошкільного віку потребують особливого підходу батьків, вихователів, психолога у виборі методів, форм і засобів виховання та психокорекції. Неприйняття того, що у дитини є функціональні відхилення в

роботі мозкових структур і невміння дорослими організувати їй відповідний режим навчання і життя загалом в дошкільному віці породжують безліч проблем в процесі подальшої соціалізації.

1.3. Дитяча гіперактивність як джерело розвитку девіантної поведінки

Однією з характерних особливостей дітей з ГРДУ є порушення соціальної адаптації. Афективна напруженість, значна амплітуда емоційних переживань, труднощі, які виникають у спілкуванні з однолітками і дорослими, призводять до того, що у дитини легко закріплюється негативна самооцінка, ворожість до оточуючих, виникають неврозоподібні і психопатичні розлади. Ці вторинні розлади ускладнюють клінічну картину стану дитини з ГРДУ, посилюють дезадаптацію і ведуть до формування негативної «Я-концепції» [41].

Як ми вже з'ясували в попередньому підрозділі, у загальному психічному розвитку гіперактивні діти відстають від однолітків, але прагнуть керувати, поведуться агресивно і вимогливо. Імпульсивні гіперактивні діти швидко реагують на заборону або різке зауваження та відповідають різкістю, непослухом. Спроби стримати їх призводять до дій за принципом «стиснутої пружини». Від цього страждають не тільки оточуючі, але й сама дитина [170].

Гіперактивна дитина не здатна осмислити свою роль і не може зрозуміти, як їй чинити. Такі діти поведуться фамільярно, не враховують конкретні обставини, не можуть пристосуватися і прийняти правила поведінки в конкретній ситуації [48; 184].

Зрештою, весь комплекс симптомів і наслідків ГРДУ постає причиною труднощів у набутті елементарних соціальних навичок, суттєвим бар'єром в комунікації з однолітками та дорослими. Значні проблеми в соціальній

взаємодії, неприйняття суспільством гіперактивних дітей викликають у них почуття знедоленості і знехтуваності і, як наслідок, це тільки підсилює невірноваженість, запальність і нетерпимість до невдач. Психологічне обстеження дітей з гіперактивним розладом у більшості з них виявляє підвищену тривожність, неспокій, внутрішню напруженість, почуття страху. Діти з ГРДУ більшою мірою, ніж інші, схильні до депресивного стану, легко засмучуються через невдачі [101].

З огляду на вищесказане, можна припустити, що гіперактивні діти потрапляють у групу ризику щодо негативних прогнозів соціальної адаптації в майбутньому і мають високі шанси на формування різноманітних девіацій.

Важливо проаналізувати вікову динаміку ГРДУ і з'ясувати причинно-наслідковий зв'язок між цим розладом і порушеннями у сфері соціальної взаємодії, подальшим навчанням у школі і появою підліткових девіацій. Для цього скористаймося психосоціальною концепцією розвитку Е. Еріксона, і проаналізуємо вплив кризових періодів на розвиток дитини з ГРДУ.

На думку Е. Еріксона, розвиток особистості за своїм змістом визначається тим, що суспільство очікує від людини, які цінності та ідеали їй пропонує, які завдання ставить перед нею на різних вікових етапах. Разом з тим, послідовність стадій розвитку дитини залежить від «біологічного начала». Дитина у процесі дозрівання проходить низку стадій. На кожній із них вона набуває певної якості (формується особистісне новоутворення), яке фіксується в структурі особистості та зберігається у наступні періоди життя [181]. Оскільки дитяча гіперактивність має «біологічні передумови», а внаслідок деструктивних проявів і симптомів поведінки дитини не вкладається у визначені суспільством норми і вимоги, цілком можна передбачити, що психосоціальний розвиток гіперактивної дитини буде проходити значно важче, а перебіг визначених Е. Еріксоном криз буде ускладнюватися симптомами і особливостями ГРДУ.

Важливим моментом періодизації Е. Еріксона є наявність криз – «поворотних пунктів», моментів вибору між прогресом і регресом. Кожна стадія розвитку характеризується завданнями свого віку, а завдання висуваються суспільством [182].

Розглянемо психосоціальні кризи розвитку дитини (від народження до підліткового віку) та їх сприятливий або несприятливий перебіг, аби спрогнозувати вплив гіперактивного розладу з дефіцитом уваги на розвиток особистості в соціумі (його нормальну чи аномальну лінії) (див. таблицю 1.1).

Таблиця 1.1

Психосоціальні етапи розвитку та особистісні новоутворення, за Е. Еріксоном (від народження до завершення підліткового віку)

Віковий період	Вік дитини	Нормальна лінія	Аномальна лінія
Період немовляти	від народження до 1 року	довіра	недовіра
Ранній вік	1 – 3 роки	автономія	сором та сумніви
Дошкільний вік	3 – 6 років	ініціативність	почуття провини
Молодший шкільний вік	7–12 років	працьовитість, старанність	комплекс неповноцінності
Підлітковий вік	12–18 років	особистісне самовизначення, ідентифікація	індивідуальна «невизначеність», конформізм

На стадії немовляти (1-ша стадія) найважливішу роль у житті дитини відіграє мати, яка годує, доглядає, пестить, у результаті чого в дитини формується базова довіра до світу. Якщо мати тривожна, невротична, а ситуація в сім'ї напружена, якщо дитині приділяють мало уваги (наприклад, дитина в будинку сиріт), то формується базова недовіра до світу, стійкий

песимізм. Сильно виражений дефіцит емоційного спілкування з немовлям призводить до різкого уповільнення психічного розвитку дитини [181]. Як відомо, перші прояви ГРДУ можуть спостерігатися вже на першому році життя дитини. Гіперактивні немовлята надмірно чутливі до зовнішніх подразників (світла, звуку, температури). Вони відрізняються голосним плачем, порушеннями сну, із запізненням починають повзати, ходити [24]. Всі ці симптоми мають прямий негативний вплив і на соціальну ситуацію розвитку. Батьки гіперактивного маляти демонструють підвищену тривожність, роздратованість, часто є виснаженими і невдоволеними.

2-га стадія раннього дитинства пов'язана з формуванням автономії і незалежності: дитина починає ходити, вчиться контролювати себе при виконанні актів дефекації; суспільство і батьки привчають дитину до акуратності, охайності, починають соромити за «мокрі штанці». Соціальне несхвалення відкриває очі дитини «всередину», вона відчуває можливість покарання, в неї формується почуття сорому. Проте наприкінці стадії повинна встановитися рівновага «автономії» і «сорому». Це співвідношення буде позитивно сприятливим для розвитку дитини, якщо батьки не будуть пригнічувати бажання дитини, не будуть карати за помилки [181]. У дитини з ГРДУ на цій стадії спостерігається надмірна кількість рухів та їх хаотичність (рухове занепокоєння), незначна затримка в мовленнєвому розвитку, а також моторна незграбність [24; 41; 45; 129]. Як наслідок – велика кількість зауважень і намагань вгамувати безалаберну активність своїх малюків з боку дорослих призводить до переживання гіпертрофованого почуття «сорому» в гіперактивної дитини, що невдовзі приростає ригідними примітивними психологічними захистами, і дитина справляє враження черстої та важковиховуваної.

У віці 3-5 років, на третій стадії, дитина вже переконана, що вона особистість, тому що вона бігає, вміє говорити; вона розширює сферу оволодіння світом, у неї формується почуття ініціативи або провини. Якщо

батьки сильно пригнічують дитину, уникають участі в її іграх, то це негативно впливає на розвиток, сприяє закріпленню пасивності, непевності, почуття провини [181]. Проте трирічний рубіж є особливим з огляду на кризу народження «Я». Характерні ознаки кризи, такі як негативізм, впертість, протиставлення підсилюються проявами ГРДУ. В цей період підвищені навантаження (відвідування дитячого садка, раннє навчання) можуть не тільки погіршити поведінку, а спричинити відставання в нервово-психічному розвитку [24, с. 18]. Тому гіперактивних дітей рекомендується давати до дошкільних закладів не раніше 4-5-річного віку. Оскільки батьки рідко до трьох років обговорюють проблеми поведінки своєї дитини з лікарями, а тим більше з психологами, то цілком закономірно, що більшість випадків ГРДУ виявляються і діагностуються вже зі вступом дитини до дошкільного навчального закладу, де в умовах нового соціального середовища дитина «не вписується» ні в які норми суспільної поведінки і не піддається управлінню.

Конфлікт між ініціативою й провинною Е. Еріксон називав «віком гри». Він відповідає фалічній стадії в теорії З. Фрейда, що триває від чотирьох років до вступу дитини до школи. У цей час соціальний світ дитини вимагає від неї активності, вирішення нових завдань і набуття нових навичок. Чи буде у дитини після проходження цієї стадії почуття ініціативи благополучно перевершувати почуття провини, значною мірою залежить від того, як батьки ставляться до прояву у неї власного волевиявлення. Діти, чиї самостійні дії заохочуються, відчують підтримку своєї ініціативи. Подальшому прояву ініціативи сприяє і визнання батьками права дитини на допитливість і творчість, коли вони не висміюють і не гальмують її фантазію. Е. Еріксон вказує на те, що діти на даній стадії, починаючи ідентифікувати себе з людьми, чию роботу і характер вони в змозі розуміти і високо цінувати, все більше орієнтуються на мету. Вони енергійно навчаються і починають будувати плани. Почуття провини у дітей викликають батьки, котрі не дозволяють їм діяти самостійно. Е. Еріксон поділяє думку З. Фрейда про

сексуальну природу кризи розвитку (статеворольова ідентифікація і комплекси Едіпа і Електри), але його теорія, безперечно, охоплює більш широку соціальну сферу. У будь-якому випадку, коли дитина скута почуттям провини, вона відчуває власну нікчемність. Такі діти бояться постояти за себе і надмірно залежать від дорослих. Їм не вистачає цілеспрямованості або рішучості, щоб ставити перед собою реальні цілі та досягати їх [167; 181; 182]. Діти з ГРДУ, безперечно, мають багато підстав почуватися гіршими за однолітків, оскільки негативних підкріплень своєї поведінки вони отримують значно більше.

У молодшому шкільному віці (4-та стадія за Е. Еріксоном) дитина вичерпує можливості розвитку в сім'ї, і тепер школа залучає її до знань про майбутнє життя і діяльність. Цей період відповідає латентному періоду розвитку в теорії З. Фрейда. Термін «працьовитість» акумулює в собі основну тему даного періоду розвитку. Власна ідентичність дитини тепер формулюється так: «Я – те, чого я навчився». Невдачі в школі призводять до появи, а іноді до закріплення, почуття неповноцінності, невіри у свої сили, розпачу, втрати інтересу до навчання [181].

Справедливим буде припущення, що молодший шкільний вік стає справжнім випробуванням для гіперактивної дитини, яка з огляду на свої фізіологічні особливості і попередні психічні «надбаня» просто не в змозі на рівні з однолітками зосереджувати увагу, дотримуватися шкільної дисципліни, відповідати вимогам, котрі диктує навчальний процес.

З огляду на циклічність роботи мозку в дітей з ГРДУ [24; 184] в моменти «відключення» гіперактивна дитина займається сторонніми справами і не реагує на вчителя. Підвищений рівень відволікання зводить до нуля продуктивність її праці в класі під час уроку. Ще однією важливою проблемою, яка постає перед гіперактивними дітьми в молодшому шкільному віці, є невміння будувати стосунки з однолітками внаслідок слабкого контролю гіперактивної дитини своєї поведінки і підвищеного рівня

конфліктності [24, с. 134]. Все це накладає на неї несправедливий ярлик «важкої» або невихованої дитини. А внаслідок частих зауважень і викликів батьків до школи в дитини погіршуються ще й стосунки з батьками.

Такі труднощі (академічні, соціальні, сімейні) можуть призводити до низької самооцінки, втрати віри в себе і мотивації до навчання. Неприйняття однолітками й дорослими є джерелом розвитку агресивної поведінки у гіперактивних дітей молодшого шкільного віку. Врешті-решт «відкинена» соціальним оточенням дитина може опинитися в антисоціальному товаристві, потрапити під вплив старших дітей і підлітків, а то й дорослих з уже сформованою антисоціальною спрямованістю [129, с. 81].

Стає зрозумілим, що нашарування такої кількості проблем і невідповідностей соціальним нормам веде до шкільної неуспішності, соціальної ізоляції і стає причиною подальших негативних факторів розвитку, які подібно до «снігової кулі, що котиться», тільки збільшуються і обростають супутніми розладами, фобіями, комплексами, почуттям неповноцінності, заниженою самооцінкою. А це найсприятливіший «грунт» для всіляких деформацій у формуванні особистості і розвитку асоціальної та девіантної поведінки в підлітковому віці та й зрештою впродовж всього життя. Навіть якщо з віком класичні симптоми ГРДУ не проявляються або зникають, то супутні проблеми, викликані їх наслідками, можуть ставати стійкими і визначати несприятливий життєвий прогноз людини [129].

З огляду на вищесказане, можна стверджувати, що гіперактивний розлад з дефіцитом уваги має негативний вплив на формування особистості дитини в процесі психосоціального розвитку, більшість позитивних новоутворень якщо і мають місце, то є нестійкими, з'являється чимало деструктивних ознак поведінки і вад психічного розвитку, які і будуть на подальших етапах основними причинами формування різноманітних девіацій та асоціальної поведінки.

Слід зазначити, що з 7-10 років прояви ГРДУ зумовлюються вже не біологічними, а соціальними факторами. За даними Є. Касатикової (1999), 67% гіперактивних дітей – з сімей високого соціального ризику [23]. У 50% дітей з ГРДУ симптоми розладу зберігаються і в підлітковому віці. Без вчасного втручання 6-8% таких дітей мають затримку психічного розвитку та переживають різноманітні асоціальні стани [170].

У підлітковому віці (5-та стадія за Е. Еріксоном) формується центральна форма еґо-ідентичності. Бурхливе фізіологічне, зокрема статеве дозрівання, занепокоєність тим, як він виглядає порівняно з іншими, необхідність знайти фахове покликання – ось вимоги, які пред'являються суспільством до підлітка щодо його самовизначення. На цій стадії наново актуалізуються критичні питання минулого. Якщо на ранніх стадіях у дитини сформувалися автономія, ініціатива, довіра до світу, впевненість у своїй повноцінності, значущості, то підліток успішно створює цілісну форму еґо-ідентичності, знаходить своє «Я» і визнання з боку оточуючих. У протилежному випадку відбувається дифузія ідентичності, підліток не може знайти своє «Я», не усвідомлює своїх цілей і бажань, відбувається повернення, регресія до інфантильних, утриманських реакцій, з'являється неясне, але стійке почуття тривоги, самотності, спустошеності, виникає постійне очікування чогось такого, що може змінити життя, але сама людина активно нічого не робить, з'являється страх перед міжособистісним спілкуванням і нездатність емоційно впливати на осіб протилежної статі, ворожість, презирство до оточуючих, почуття «невизнання себе» з боку інших людей [181].

Окрім того, за даними І. Брязгунова: «другий пік симптомів ГРДУ співпадає з періодом статевого дозрівання – 13-15 років. Він обумовлений не тільки гормональним «сплеском», а й «поверненням» рівня розвитку коркових центрів до рівня дошкільного періоду внаслідок вікової активації

гіпоталамуса [24, с. 48]. Можна передбачити, що в такій ситуації перебігу кризи підліткового віку прогноз підлітка з ГРДУ на соціалізацію невтішний.

У гіперактивних дітей, які мали багато вторинних проблем ще з попереднього вікового етапу (труднощі з академічною та соціальною успішністю, самооцінкою, ізолюваністю, досвід нехтування) у підлітковий період спостерігається схильність до розвитку депресії чи спроб самогубства. Дослідження підтвердили [194, с. 172–187] підвищену частоту проблем такого характеру у підлітків із ГРДУ, зокрема, поширеність зловживання алкоголем та наркотиками становить близько 30%. Відповідно й асоціальна поведінка може прогресувати за ступенем важкості ще з попереднього етапу або ж з'явитися саме тепер. За статистичними даними, поширеність асоціальної поведінки серед підлітків із ГРДУ становить близько 35% [129, с. 82–83].

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 й 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 знехтування чи глузування будуть переноситися значно важче. Відповідно зростає і ризик агресивної поведінки у відповідь або ж ризик пошуку належності до асоціальної групи. Серед підлітків з ГРДУ адиктивна поведінка (куріння, алкоголізм, наркоманія) розповсюджені більшою мірою, ніж серед ровесників. Тільки 15% таких дітей закінчують школу (S. Mannuzza, 1997) [129, с. 83].

До 17 років відбувається повільний, поступовий розвиток центрального утворення – ідентичності особистості. Ідентичність – психосоціальна тотожність – дозволяє особистості приймати себе у всьому багатстві своїх відносин з навколишнім світом і визначає її систему цінностей, ідеали, життєві плани, потреби, соціальні ролі з відповідними формами поведінки. Особистість розвивається завдяки включенню в різні соціальні спільноти (націю, соціальний клас, професійну групу тощо) і переживанню свого нерозривного зв'язку з ними. Ідентичність – умова психічного здоров'я: якщо вона не складеться, людина не знаходить себе, свого місця в суспільстві, виявляється «втраченою» [143; 181].

Тривалий час вважалося, що девіантна поведінка має виключно соціогенну природу і є наслідком соціальної дезадаптації дитини, важковиховуваності, педагогічної запущеності чи гіпоопіки в сім'ї. Проте не вивченим залишається причинно-наслідковий зв'язок девіантної поведінки та психічних розладів раннього віку, пов'язаних з порушеннями структури і розвитку психічних процесів, яким є гіперактивний розлад з дефіцитом уваги.

У перекладі з латинської мови «девіація» означає відхилення. Початковим і визначальним для розуміння сутності девіантної поведінки є поняття «норма». Соціальні норми – це засновані на цінностях правила поведінки, очікування і стандарти, які регулюють дії та вчинки людей, соціальних груп, зміцнюючи стабільність та єдність суспільства. Норми втілюються в юридичних законах, законах моралі та етики. Вихід за ці норми

розцінюється суспільством як девіантна поведінка. Девіація – це відхилення від прийнятих у суспільстві норм, починаючи від незначних і завершуючи найбільш суттєвими та серйозними, що загрожують життєдіяльності окремих груп, суспільству загалом. Саме поняття норми визначає релятивізм поняття «девіація» або залежність від історичної епохи, культури суспільства тощо. Отже, такі прояви гіперактивності, як імпульсивна поведінка, постійний безладний рух, неуважність – вже самі по собі є відхиленнями від суспільних норм і можуть у своєму розвитку спричинити соціальну ізоляцію з негативними наслідками.

Важливо зазначити, що ГРДУ впродовж психосоціального розвитку має певні гендерні відмінності як у презентації симптомів, наявності вторинних проблем та супутніх розладів, так і щодо клінічних чи соціальних наслідків. Як свідчать дослідження [46, с. 25], серед хлопчиків частота мінімальних мозкових дисфункцій у 2,3 рази вища, а ГРДУ – 4,5 рази вища, ніж серед дівчаток молодшого шкільного віку. Переважання ММД серед хлопчиків пояснюють впливом кількох факторів, зокрема, впливом спадкових чинників, більш високою чутливістю плоду чоловічої статі до патологічних впливів в період вагітності та пологів, а також відносно меншим ступенем функціональної міжпівкульної асиметрії у дівчат порівняно з хлопчиками [14].

Можна припустити, що такі нейропсихологічні гендерні відмінності пояснюють той факт, що хлопці підліткового віку більш схильні до девіантної поведінки.

Варто зазначити, що девіація може бути не тільки негативною (асоціальною чи антисуспільною), а й позитивною (наприклад, творча обдарованість).

Дослідження показали, що інтелектуальний розвиток дітей з ГРДУ перебуває на рівні норми, а іноді й перевищує норму. Спостерігається невідповідність між реальним рівнем розвитку й тією успішністю, яку можна

очікувати, виходячи з коефіцієнта інтелекту. Досить часто гіперактивні діти кмітливі і швидко «схоплюють» інформацію, володіють неординарними здібностями. Серед дітей з ГРДУ зустрічаються дійсно талановиті діти, але діагностуються й випадки затримки психічного розвитку. Найсуттєвіше полягає в тому, що інтелект дітей зберігається, але риси, що характеризують ГРДУ, – тривожність, непосидючість, недостатня цілеспрямованість, імпульсивність вчинків і підвищена збудливість часто породжують труднощі у набутті навчальних навичок [82].

Психофізіолог В. Пугач відносить дітей з ГРДУ до групи дітей-індіго, тобто обдарованих дітей з високими показниками інтелекту. Він говорить про два можливі варіанти розвитку такої дитини: або дитина стане успішною, буде лідером і займатиме керівні посади, або в дитини виробиться стійка неприязнь до навчання, розвинуться психопатичні риси з вираженою асоціальною поведінкою, вона теж буде характеризуватися демонстративно лідерською поведінкою, але шукатиме своє місце в кримінальному світі [24, с. 51].

Отже, проведений теоретичний аналіз ще раз підкреслює важливість і необхідність психокорекційної роботи з гіперактивними дітьми, адже з огляду на дані досліджень такі діти мають значні шанси просоціального розвитку. Якщо для розвитку дитини з ГРДУ буде створено сприятливе середовище, організована постійна корекційна підтримка – так званий «метод тьюторства» – тобто, «супровід» дитини на шляху її розвитку компетентним дорослим (батьками, психологами), – то до 14 років відбудеться компенсація дефіциту уваги і рухової розгальмованості [24, с. 49–50].

Проте аналізуючи особливості розвитку дитини з ГРДУ, зокрема в контексті психосоціальної концепції Е. Еріксона, слід враховувати, що прогноз розладу дуже індивідуальний, він залежить від тяжкості прояву симптомів і наявності вторинних психопатичних порушень, соціального

оточення дитини, вчасного виявлення і психокорекційної роботи і від багатьох інших чинників.

Висновки до першого розділу

1. Наукове дослідження феномену гіперактивності почалося з середини ХІХ ст. (Г. Хофман) і аж до початку ХХ ст. (В. Джеймс, Дж. Штиль) полягало в ретельному описі характерологічних і поведінкових особливостей надмірно активних дітей. Було сформульовано низку гіпотез, які спрямували пошук причин гіперактивності в русло нейрофізіології, пренатальної медицини і патопсихології.

2. У першій половині ХХ ст. (Е. Бонд, Дж. Патридж, П. Левін) гіперактивність почали пов'язувати з органічними ураженнями мозку, що згодом знайшло відображення в концепції мінімального пошкодження мозку (Е. Штраус) і мінімальної мозкової дисфункції (ММД) П. Вендера. Було з'ясовано, що при ММД затримується розвиток складних інтегративних психічних функцій (увага, сприймання, пам'ять, мовлення).

3. У другій половині ХХ ст. фахівці клінічного напрямку сконцентрували свої зусилля навколо знаходження консенсусу в трактуванні ММД, що лежить в основі гіперактивного розладу. Останнє визначалося як захворювання дитини із здебільшого середнім рівнем інтелектуального розвитку, з широким спектром поведінкових порушень і мінімальними відхиленнями у функціонуванні центральної нервової системи, які відображалися на мовленні, пам'яті, контролю уваги і дій (С. Клементс).

4. Кінець ХХ ст. ознаменувався уточненням органічних чинників гіперактивного розладу: порушення в ретикуляційній формації та лімбічній системі, префронтальної зони лобної частки головного мозку тощо під впливом генетичних (Дж. Джілліс, С. Сандберг, Е. Леві, Дж. Квуйст) чи аліментарних (Дж. Бідерман, С. Фараоне, Дж. Глетчер, Р. Барклі) чинників.

5. Найновіші діагностичні класифікації хвороб DSM-IV, DSM-V і МКХ-10 наводять сучасні критерії діагностики гіперактивного розладу з дефіцитом уваги (ГРДУ). Межі DSM-IV(V) є ширшими і включають три форми розладу: з домінуванням порушень уваги, переважанням гіперактивності й імпульсивності чи їх комбінації. МКХ-10 містить строгіші критерії діагностики, що стосуються тяжкості і сталості прояву ГРДУ.

6. Сучасне тлумачення гіперактивності визначає даний феномен як порушення, викликане мінімальною мозковою дисфункцією, що характеризується надмірною активністю, дефектами концентрації уваги, імпульсивністю в соціальній поведінці й інтелектуальній діяльності, проблемами у взаєминах з оточуючими, труднощами навчання в школі, слабкою успішністю і низькою самооцінкою (А. Ребер).

7. Вітчизняні дослідники феномену гіперактивності враховували більш ранні дослідження зарубіжних учених, але концентрувалися переважно на психолого-педагогічних аспектах проблеми (В. Кащенко, М. Певзнер, Д. Ісаєв, В. Ковальов, М. Заваденко, Е. Гуцало, О. Тохтамиш та ін.). Зокрема, Л. Арцишевська виокремила сім ознак гіперактивності у дошкільників: постійна рухова активність, порушення уваги, емоційна лабільність, нездатність виконувати завдання до кінця, запальність, непереносимість стресу, імпульсивність. Описано і супутні ГРДУ розлади, як-от: фобії, конфліктність, тривожність та ін. (О. Лапшина, І. Петрюк, А. Єськова).

8. Порівняльний теоретичний аналіз психічного розвитку і поведінки дошкільників вікової норми і гіперактивних показує існуючі відмінності за диференціальними ознаками ГРДУ, що фіксуються при включеному спостереженні і на практиці найчастіше пов'язуються із затримкою психічного розвитку чи з педагогічною занедбаністю.

9. З'ясовано, що дитяча гіперактивність, розглянута з позиції епігенетичної концепції Е. Еріксона, може стати джерелом розвитку девіантної поведінки в пубертатному періоді та численних дисгармоній на

пізніших етапах життєвого шляху особистості. Зокрема, ранній онтогенез (до трьох років) для гіперактивної дитини містить більше підстав для формування базової недовіри, почуття сорому, невпевненості в собі і тривожності, примітивних захисних реакцій, ніж у їхніх ровесників, а в дошкільному віці нецілеспрямована ініціативність гіперактивних дітей через надмірний контроль, критику і покарання часто блокується і не спрямовується в конструктивне русло. Негативізм, впертість, агресивність дошкільників покликані заглушити почуття провини, що навіюється дорослими. Відтак висновуємо актуальність пошуку нових концептуально-методичних моделей і організаційних форматів корекції гіперактивності дошкільників.

РОЗДІЛ 2.

КОНЦЕПТУАЛЬНО-МЕТОДИЧНА МОДЕЛЬ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ТА РЕЗУЛЬТАТИ ПЕРВИННОЇ ДІАГНОСТИКИ

У другому розділі дисертації обґрунтовано теоретичні засади емпіричного дослідження психокорекції гіперактивності дошкільників шляхом синтезу патогенетичного і психолого-педагогічного підходів на базі принципу інтегральної суб'єктності. Це дозволяє подати методи і результати діагностики ГРДУ у дошкільників в узгодженому причинно-наслідковому форматі.

2.1. Суб'єкт-орієнтована модель корекції гіперактивності дошкільників та етапи її верифікації

Здійснений вище аналітичний огляд досліджень у царині психології гіперактивних дітей не залишає сумнівів у тому, що проблема дитячої гіперактивності належить до компетенцій нейропсихології, психіатрії, медичної психології. Гіперактивність, а точніше – гіперактивний розлад з дефіцитом уваги (ГРДУ) – вважається поліформним клінічним синдромом, нейропсихіатричним розладом спектрального (континуального) характеру, відтак чи не єдино правильною пояснювальною моделлю етіології та лікування ГРДУ була патогенетично обґрунтована концепція терапії та виховання [14; 18; 24; 41; 44; 74; 110; 137; 159; 166; 170 та ін.]. Та навіть вважаючи гіперактивність позиттєвим розладом з різними формами прояву і ступенем інтенсивності ознак, дослідники проблеми зберігають педагогічний оптимізм. Так, О. Романчук неодноразово підкреслює, що хоча ГРДУ є біопсихосоціальним розладом, при якому головні етіологічні фактори є біологічними, втім, основні прогностичні фактори є все ж таки психосоціальними [129].

І. Марценковський – координатор програми ВООЗ «Психічне здоров'я» в Україні підкреслює неможливість надання ефективної допомоги дітям з ГРДУ без урахування їх особливих потреб, пов'язаних з освітою. Без допомоги педагогів і психологічних служб системи освіти цю проблему вирішити вкрай складно [89].

Для лікування і корекції гіперактивної поведінки застосовується медикаментозна терапія (психостимулятори). Однак, крім медикаментозного впливу, необхідним засобом впливу на гіперактивну дитину виступають психотерапевтичні засоби (поведінкова терапія, аутогенне тренування, сімейна психотерапія). При цьому психолого-педагогічна допомога разом із медичною і психотерапевтичною вважається достатньо ефективною [6; 39; 58; 77; 79; 129; 145; 151; 158].

Фахівці кожної галузі додавали своє бачення та обґрунтування даної проблеми, пропонували свої шляхи для її розв'язання. Їх дослідження та теоретичні висновки зводилися до розробки нових методик, психологічного інструментарію для виявлення таких дітей і вибору моделі освітньо-виховного впливу, а також пошуків нових шляхів і можливостей психологічної корекції гіперактивної поведінки.

Слід визнати, що в Україні рівень освіченості щодо ГРДУ і в суспільстві, і серед фахівців залишається дуже низьким. Неусвідомленою залишається і соціальна значущість цієї проблеми. Якщо і вдається зусиллями батьків чи психологів дошкільного закладу вчасно діагностувати розлад, то рівень допомоги дітям з ГРДУ в Україні ще дуже далекий до міжнародних стандартів, і переважна частина дітей не отримує належної допомоги.

Інтерес до даної проблеми набирає обертів, оскільки якщо 8-10 років тому таких дітей у класі було по одному-два, то зараз – до п'яти дітей і більше. І. Брязгунов відзначає, що якщо в кінці 50-х років наукових публікацій на цю тему було близько 30, то в 1990 році їх кількість зросла до

7000, а на даний момент збільшилася ще в десятки разів [24]. Поряд із цим причини, способи корекції, механізми ГРДУ остаточно нез'ясовані. Крім того, через надмірну кількість науково необґрунтованих публікацій навколо гіперактивного розладу кружляє безліч міфів, що вводять батьків і педагогів в оману, посилюють проблеми таких дітей і утрудняють їх ефективну корекцію та супровід.

Віддаючи належне солідному корпусу валідних мультидисциплінарних експериментальних досліджень, виконаних насамперед на Заході, дане емпіричне дослідження ми вирішили все ж базувати на іншій концептуальній моделі, яка враховує як діагностично-каузальні, так і предикторно-телеологічні чинники поведінки дитини. Перший з означених чинників стосується пояснення природи ГРДУ, його причин, патогенезу і симптоматики, другий – конструювання, апробації й верифікації *центрованої на суб'єкті* персогенезу прикладній концептуальній моделі корекції гіперактивності дошкільників.

Засадничою підставою для визнання цієї моделі саме суб'єкт-центрованою виступає ключова проблема гіперактивних дітей – розлад розвитку *самоконтролю*, що є визначальним маркером функціональної спроможності *особи як суб'єкта* діяльності і спілкування, нарешті – автора свого життя. Відтак принцип інтегральної суб'єктності в інтерпретації З. Карпенко був використаний в якості теоретико-методологічного каркаса подальшого емпіричного дослідження можливостей психокорекції гіперактивності дошкільників.

Згідно з даним принципом розвиток особи як тотальної єдності тіла-душі-духу слід вивчати зі змістового (ціннісно-смислового, потребово-мотиваційного чи телеологічного) боку та з функціонального (власне, діяльнісно-суб'єктного) боку. Якщо перший аспект відображає аксіогенез особи, її морально-духовний рівень і естетичний розвиток, то другий – сформованість необхідних для цієї мети психофізіологічних і вольових

механізмів саморегуляції поведінки (З. Карпенко, 2009) [60]. Зрозуміло, що особливості уваги, рухової активності дітей з ГРДУ зумовлюють той суб'єктний діапазон задатків, які на загал стримують повноцінне становлення особистості, формують феномен так званої «невидимої неповносправності», коли мінімальні мозкові та кінестетичні дисфункції деформують і гальмують загальний психосоціальний розвиток дитини.

Отже, З. Карпенко розрізняє такі рівні суб'єктності особи:

1) відносно (умовно) суб'єктний рівень (біологічний індивід, психосоматичний організм), наділений здатністю рефлекторного налаштування (суб'єктна здатність «(перед – (від)чуваю» на сприятливі умови життя, ключова цінність – вітальність або здоров'я);

2) моносуб'єктний рівень, здатний забезпечити індивідуальну діяльність і персональну участь у навчанні, спілкуванні, праці при дотриманні певних соціокультурних норм і стандартів з орієнтацією на прагматичні цінності. «Адаптивна, нормовідповідна активність моносуб'єкта забезпечується сформованою здатністю «треба» – морально-психологічною саморегуляцією за допомогою усвідомленого обов'язку»;

3) полісуб'єктний, у вузькому значенні – особистісний – **рівень** відзначає особу як суб'єкта суспільно розподіленої діяльності, керованого сумлінням – цим імперативом моральної свідомості з регуляторною інстанцією «мушу» («варто»), спрямованого на цінність добра для інших;

4) метасуб'єктний рівень, що персоніфікує творчу індивідуальність й унікальні внески в культуру. «Суб'єктна здатність цього рівня втілюється цілепокладанням «буду» («смію») і забезпечує досягнення індивідуального інноваційного ефекту, оцінюваного за естетичними канонами прекрасного» [60, с. 93];

5) абсолютно суб'єктний рівень презентує людину як цілісну особу – носія універсальної духовності, з притаманною їй супердиспозицією «благо»,

що є результатом досягнення сенсу існування конкретного суцього у світовому порядку (суб'єктна здатність «приймаю») [60, с. 93].

Використання принципу інтегральної суб'єктності З. Карпенко як новітньої холістичної методологеми вже показало свою продуктивність у низці прикладних досліджень його прибічників (В. Мицько, Н. Когутяк, Д. Черенщикова, Є. Карпенко та ін.). Прогнозуємо, що евристичний потенціал даного принципу достатній для того, щоб бути розповсюдженим і на обґрунтування програми психокорекції гіперактивності дошкільників.

Насамперед, на прикладі декількох онтогенетичних концепцій проілюструємо суть і наслідки суб'єктного дефіциту у дітей дошкільного віку, що в нормі перебувають на рівні суб'єкта відносно (умовно) індивідуальної діяльності.

Зокрема, автори інтегральної періодизації психічного розвитку В. Слободчиков і Г. Цукерман виходили з ідеї становлення людини суб'єктом саморозвитку – господаря і автора власної біографії через послідовне залучення до «співбуттєвої спільноти», де вона не тільки соціалізується, засвоюючи культурні надбання, але і розвиває, вдосконалює власну психічну організацію, індивідуалізується і творить нові форми досвіду, тобто стає самобутньою. Отож вікова періодизація цих учених відображає логіку долучення чи емансипації на виокремлених ними п'яти ступенях розвитку суб'єктності: оживлення, одушевлення, персоналізації, індивідуалізації, універсалізації [140; 141]. З огляду на змістове наповнення цих ступенів можна дійти висновку, що в нормі дошкільний вік є сензитивним для «одушевлення» (вправна ходьба і опанування мовленням виступають засобами первісного самовизначення у зовнішньому і внутрішньому просторі суб'єктивності) і зачатків персоналізації (розв'язання логічних, етичних і соціальних задач разом із суспільним дорослим – вихователем, учителем тощо), проте швидке відволікання уваги вкупі з імпульсивністю і надмірною збудливістю нервової системи у гіперактивних дошкільників указують на

невирішені завдання першого ступеня розвитку суб'єктності, а саме – не досягнуто справжнього синтезу соматичних функцій у їх сенсорних, рухових, комунікативних і дійових вимірах. Звідси випливає необхідність декомпенсації суб'єктних здатностей, затримка розвитку яких спричинена пренатальними анатомо-фізіологічними факторами, що побіжно зумовлює появу супутніх нейропсихологічних проблем, з якими не в змозі впоратися орієнтоване на вікову норму психічного розвитку й усереднений віковий норматив вихованості соціалізувальне середовище сім'ї чи дошкільного закладу.

Ще одним доказом недорозвитку суб'єктності при ГРДУ є відставання від орієнтовних стадій морального розвитку, за Л. Кольбергом [195]. Прийнято вважати, що рівень доконвенційної моралі домінує у дітей 4-10 років. На цьому рівні вчинки зумовлюються зовнішніми обставинами без врахування думок інших людей. Відмінності між дітьми вікової норми і гіперактивними дітьми простежуються на переважному акцентуванні стадій цього рівня: «нормальні» дошкільники в основному перебувають на другій (вищій) стадії – «Особистий інтерес» або «Індивідуалізм, інструментальна мета і обмін», тоді як гіперактивні діти – все ще на першій стадії «Покірність і покарання», що відповідає відносно суб'єктному рівневі персоно- (і аксіо-) генезу на відміну від другої стадії (моносуб'єктний рівень), за З. Карпенко [60, с. 171]. Це означає, що гіперактивні діти більше залежатимуть від системи зовнішніх виховних стимулів у вигляді різних заохочень і покарань, аніж дошкільники вікової норми, котрі здатні керуватися міркуваннями «розумного егоїзму», що допускає самообмеження і зважання на інтереси інших людей. Слід наголосити, що в цьому разі йдеться не про абстрактну можливість для дітей обох категорій розуміти моральну вимогу чи норму, а йдеться про можливість її реалізувати, оскільки за «фактом» поведінки навколишні дорослі роблять висновок про збиточність («шкодливість» -

рос.), схильність до різних витівок, некерованість аж до звинувачень в асоціальних схильностях дітей з ГРДУ.

Про вирішальну роль релевантного в експеріментальному й аксіологічному сенсах середовища у формуванні позитивного прогнозу щодо гіперактивних дітей свідчить досвід схема-терапевтів. Засновник цього напрямку психологічної допомоги Дж. Янг виокремлює п'ять базових потреб людини:

- 1) потреба в безпечній прив'язаності, прийнятті і турботі;
- 2) потреба в автономії, компетентності, почутті власної ідентичності;
- 3) потреба у встановленні реалістичних меж і самоконтролю;
- 4) потреба у свободі вираження потреб та емоцій;
- 5) потреба у спонтанності та грі [9; 193].

Гіперактивні діти як «менш соціалізовані» й «недостатньо виховані» порівняно зі своїми «нормальними» ровесниками схильні до задоволення двох останніх з наведеного переліку потреб, що забарвлює їхнє життя безтурботністю, жвавим інтересом до навколишніх подій, невгамовною активністю, схильністю до миттєвих емоційних поривів тощо. Це якраз те, що може бути предметом заздрощів для їх «гіперсоціалізованих» однолітків, схильних до послуху, «вдячної» ласкавої прив'язаності, стриманості і незрівнянно більшого самоконтролю. Звідси випливає два висновки:

1) сімейне виховання й освітнє середовище дошкільного закладу повинні задовольняти всі базові потреби дітей, особливо дві перші як такі, що відображають актуальні для цього віку життєві завдання психічного розвитку;

2) використовувати експресивність і творчий потенціал дітей з ГРДУ в якості компенсаторного механізму з метою спрямування їх психофізичної активності на продуктивні види діяльності, розвиток післядовільної уваги і формування стійкої мотивації до суспільно корисної праці.

Ми вважаємо, що лише синтез здобутків патогенетичного й суб'єктного підходів до психології розвитку людини може збагатити теоретико-методологічний і психотехнічний арсенал педагогічної психології щодо навчання і виховання як дітей з особливими потребами взагалі, так і гіперактивних дошкільників зокрема. Саме на ідеї комплементарного поєднання обох цих підходів ми засновували емпіричне дослідження психокорекції гіперактивності в дітей дошкільного віку. При цьому принцип інтегральної суб'єктності, який охоплював щонайширший діапазон ціннісно-цільових й потребово-мотиваційних інтенцій та їх психофізіологічних корелятив – відповідних суб'єктних здатностей, втілює ідею такого синтезу. З іншого боку, цей методологічний принцип задає організаційно-методичний формат емпіричного дослідження психокорекції гіперактивності дошкільників, оскільки постульовані вище два його рівні – інтенціонально-телеологічний та функціонально-суб'єктний, каузальний – реально інтегрують патогенетичний, клінічний та власне суб'єктний (психолого-педагогічний) підходи. Це диктує логічну послідовність етапів емпіричного дослідження, вибір тих чи інших діагностичних засобів, дизайн експериментальних груп, завдання і змістово-процесуальне наповнення програми психокорекції гіперактивності дошкільників, методи математичного аналізу й інтерпретації фактичних даних.

Таким чином, дане емпіричне дослідження відбувалося в чотири етапи.

Перший етап становило скринінгове дослідження старших дошкільників, котрі відвідували дошкільні навчальні заклади. Скринінгом було охоплено 162 дітей. Емпіричне дослідження психологічних особливостей гіперактивних дошкільників проводилося на базі п'яти дошкільних навчальних закладів м. Коломиї Івано-Франківської області: ДНЗ № 2 «Дударик» – 2 групи старших дошкільників (45 дітей); ДНЗ №3 «Берізка» – 2 групи старших дошкільників (42 дітей); ДНЗ № 16 « Орлятко» – 1 група старших дошкільників (27 дітей); ДНЗ № 17 «Калинка» – 1 група

старших дошкільників (26 дітей); ДНЗ № 19 «Ромашка» – 1 група старших дошкільників (22 дітей). До безпосередньої роботи з психологічної діагностики, а в подальшому і корекції, були залучені практичні психологи зазначених дошкільних закладів під керівництвом методиста центру практичної психології при міському відділі освіти м. Коломиї. Вибір даної вікової категорії був мотивований двома основними аргументами:

1) у віці 5-6 років прояви гіперактивності достатньо очевидні, а проблеми навчання і виховання дітей з ГРДУ піддаються раціональній оцінці завдяки повсякденному спілкуванню з дитиною у сім'ї та дитячому садку;

2) старший дошкільний вік – це передшкільний вік, тому своєчасна корекція гіперактивності дітей на цьому етапі розвитку дозволить полегшити їх соціально-психологічну адаптацію до умов шкільного навчання в майбутньому.

Другий етап емпіричного дослідження становило поглиблене констатувальне психодіагностичне обстеження виявлених старших дошкільників з ГРДУ за шістьма методиками, підібраними відповідно до вікової групи з урахуванням складності завдань та опитувальників. Методики обиралися з огляду на основні прояви гіперактивного розладу з дефіцитом уваги, зокрема: неухважність та відволікання уваги, надмірна імпульсивність та агресивність, підвищена рухова активність, схильність до асоціальної поведінки.

Третій етап емпіричного дослідження полягав у впровадженні комплексної суб'єкт-орієнтованої мультимодальної психокорекційної програми для гіперактивних дошкільників, докладний опис якої наведено в підрозділі 3.2 (власне формувальний експеримент).

Четвертий етап емпіричного дослідження – контрольний – дозволив порівняти емпіричні кореляції гіперактивності досліджуваних із контрольної та експериментальної груп, визначити достовірність відмінностей психодіагностичних даних констатувального й контрольного зрізів, а відтак

визначити ефективність реалізації комплексної суб'єкт-орієнтованої мультимодальної експериментальної програми психокорекції гіперактивності дошкільників.

2.2. Особливості діагностики гіперактивного розладу з дефіцитом уваги у дітей

Діагностика ГРДУ є такою ж складною й суперечливою, як і гіпотези походження даного розладу. Нейропсихологічні, психологічні і психолого-педагогічні підходи зазвичай ідентифікують розлад в концептуальних рамках кожного з них. У клінічному обстеженні застосовуються методи, насамперед орієнтовані на такі параметри розладу, як концентрація уваги й активація центральної нервової системи. Переважна більшість публікацій з проблеми гіперактивності є дослідженнями клінічного напрямку [1; 12; 16; 17; 22; 32; 41; 44; 75; 110 та ін.]. Психофізіологічною основою гіперактивної поведінки у цих працях виступає незрілість, недосконалість, порушення і розлади роботи мозку (по типу мінімальних мозкових дисфункцій). Проте залишається до кінця незрозумілим, як гіперактивність співвідноситься з мінімальними мозковими дисфункціями (ММД): в одних дослідженнях вони виступають по відношенню один до одного як наслідок і причина, в інших вивчаються паралельно і незалежно, в третіх – гіперактивність виступає одним зі структурних компонентів самих ММД.

Симптоми ГРДУ, як правило, починають помічати в дитини з 3-4 річного віку і завжди – до 7 років. Проте, коли така дитина стає старшою та починає відвідувати школу, в неї виникають додаткові труднощі, оскільки шкільне навчання висуває нові і більш високі вимоги до особистості дитини та її інтелектуальних можливостей. Ці характеристики проявляються у всіх ситуаціях і не змінюються з часом [24, с. 46].

Український дослідник проблеми О. Тохтамиш вважає, що починати діагностику слід з чотирьох років, коли у дітей можна ідентифікувати перші ознаки гіперактивної поведінки, перш за все у психомоторній сфері: недостатній розвиток тонкої моторики, труднощі при виконанні дій, що вимагають автоматизму і координації рухів [157]. Корекція і компенсація цієї деформації в дошкільному віці потребує значних зусиль, але є вкрай необхідною для підготовки такої дитини до подальшого навчання в школі і соціальної адаптації в цілому.

За даними досліджень, максимальний пік прояву симптомів ГРДУ припадає на вік 7-12 років. З точки зору нейрофізіології оптимальний вік корекції ГРДУ – 5-8 років, коли прояви розладу ще не досягли свого піку, при цьому повністю ще не сформувалися структурно-функціональні зв'язки центральної нервової системи, компенсаторні можливості мозку ще великі і не склався патологічний стереотип [24, с. 47].

Особлива природа ГРДУ зумовлює певні діагностичні труднощі, адже на відміну від інших розладів, які можуть мати чіткі методи лабораторного чи інструментального обстеження, для ГРДУ не існує жодного об'єктивного методу діагностики [129].

Проблема психодіагностики ГРДУ полягає в тому, що даний розлад зустрічається, так би мовити, з «різними обличчями». Тобто, поведінка гіперактивної дитини є дуже мінливою і варіабельною. Окрім того, ГРДУ часто супроводжується коморбідними (супутніми) розладами [129].

Як вже зазначалося, згідно з сучасними міжнародними класифікаціями МКХ-10 і DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000) та DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) виділяють три групи симптомів ГРДУ: гіперактивність, неуважність та імпульсивність. Про розлад ми можемо говорити лише в тих випадках, коли ці симптоми спостерігаються у дитини в різних ситуаціях і викликають суттєве клінічне страждання,

порушують соціальне функціонування, перешкоджають успішному навчанню.

За діагностичними критеріями гіперактивного розладу з дефіцитом уваги DSM-IV та DSM-V [135; 192] для встановлення діагнозу ГРДУ необхідне виконання критеріїв А + Б + В + Г + Д:

А. Наявні симптоми або порушення уваги, або гіперактивності-імпульсивності (або ж обох) щонайменше протягом 6 місяців, і ці симптоми виражені невідповідно до вікового розвитку, що призводить до серйозних порушень функціонування:

(А1) Порушення уваги: повинні бути наявні щонайменше шість таких симптомів неухважності:

- дитина часто не в змозі зосередитися на деталях або робить помилки через неухважність при виконанні шкільних завдань, на роботі чи в іншій діяльності;
- часто має проблеми з утриманням уваги на завданні або грі;
- часто має проблеми з організацією діяльності та виконанням завдань;
- часто уникає, не любить або неохоче вступає в діяльність, яка вимагає тривалого зосередження уваги (наприклад, виконання завдань на уроці чи домашніх завдань);
- часто губить або забуває речі, необхідні для виконання завдань або іншої діяльності (наприклад, записи домашнього завдання, книжки, ручки, інструменти, іграшки);
- легко відволікається на сторонні подразники;
- часто не слухає, коли до неї звертаються;
- 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);
- забудькувата в щоденній діяльності.

(A2) Гіперактивність-імпульсивність: повинні бути наявні щонайменше шість таких симптомів:

Гіперактивність:

- дитина не може всидіти на місці, постійно рухається;
- часто залишає своє місце в ситуаціях, де потрібно сидіти (наприклад, на уроці тощо);
- 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);
- не здатна тихо, спокійно гратися або відпочивати;
- діє, немовби «заведена», – як іграшка з увімкненим внутрішнім «моторчиком»;
- занадто багато говорить.

Імпульсивність:

- часто говорить наперед, не дослухавши запитання до кінця;
- нетерпляча, має труднощі з очікуванням своєї черги;
- часто перебиває інших і втручається у їхню діяльність чи розмову;

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

В. Симптоми повинні проявлятися щонайменше у двох ситуаціях (дитячий садок, дім, ігровий майданчик тощо).

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

Д. Ці симптоми не зумовлені іншим психіатричним чи медичним захворюванням. Залежно від характеру наповнення критеріїв групи А виокремлюють три клінічні підвиди ГРДУ:

1) *ГРДУ комбінованого типу:* якщо критерії і А1, і А2 наявні і проявляються одночасно протягом останніх 6 місяців;

2) *ГРДУ з домінуючим дефіцитом уваги:* якщо виключно критерій А1 з групи А проявляється протягом останніх 6 місяців;

3) *ГРДУ з домінуючою гіперактивністю-імпульсивністю*: якщо виключно критерій А2 з групи А проявляється протягом останніх 6 місяців [129, с. 124].

Деякі автори відзначають, що дана класифікація має низку недоліків, зокрема вона сконцентрована лише на симптомах неухважності, гіперактивності та імпульсивності, тоді як патогенетично центральними симптомами ГРДУ можуть бути порушення самоконтролю поведінки. Також цю систему критикують з огляду на те, що вона розроблена для симптомів ГРДУ у хлопчиків і не враховує гендерні особливості, зокрема дещо іншу презентацію розладу в дівчат. 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). До того ж чимало суперечок точиться довкола питання включення підтипу з домінуючою неухважністю [129, с. 125 – 126].

Важливо підкреслити, що ГРДУ є розладом, який має певні гендерні відмінності як у презентації симптомів, наявності вторинних проблем та супутніх розладів, так і щодо клінічних наслідків, діагностики та терапії. Зокрема у дівчат симптоми ГРДУ менш екстерналізовані, і на перший план виходять прояви неухважності, проблеми з організацією діяльності, труднощі у спілкуванні. Труднощі соціальної взаємодії у дівчат частіше призводять до соціальної ізоляції, переважно вербальної та непрямой агресії, на відміну від прямої фізичної агресії у хлопців. Водночас у хлопців переважають симптоми гіперактивності та імпульсивності, тому їхня «проблемна» поведінка більш помітна і, можливо, тому їхні батьки частіше звертаються за допомогою до спеціалістів. Відповідно у хлопців частіше трапляється комбінований підтип, а також наявні супутні розлади у формі агресивної й асоціальної поведінки [129].

На основі діагностичних критеріїв ГРДУ за класифікацією DSM-IV розроблено чимало діагностичних опитувальників, анкет та протоколів постановки діагнозу. Проте вони потребують узагальнення, адаптації та апробації до вітчизняних умов життя і розвитку дітей з ГРДУ. Як правило, такі опитувальники використовуються для первинного скринінгу, проте виявлені таким чином гіперактивні діти мають отримати тривалу, глибшу і всебічну діагностику для остаточної постановки діагнозу.

Діагностичний процес при ГРДУ має декілька базових цілей:

- встановити діагноз ГРДУ;
- встановити наявність коморбідних розладів;
- дослідити ситуацію в контексті сім'ї та соціального середовища (внутрішню та зовнішню інтраперсональну динаміку, наявність психотравмуючих факторів і захисних ресурсних чинників).

Утім, встановлення діагнозу та досягнення розуміння ситуації через призму біопсихосоціальної моделі є не єдиними цілями діагностичного процесу. Іншою, надзвичайно важливою його метою є налагодження терапевтичної взаємодії з сім'єю та дитиною, партнерських стосунків, досягнення спільного бачення проблем, цілей та формування відповідного плану дій.

Системна діагностика ГРДУ має передбачати:

- скринінг психологами дошкільних навчальних закладів та загальноосвітніх шкіл, корекційними педагогами;
- первинну діагностику лікарями та дитячими неврологами;
- заключну діагностику дитячими лікарями-психіатрами;
- за потреби – психофізіологічне та нейропсихологічне обстеження.

Базовим методом під час комплексного обстеження дитини з підозрою на ГРДУ є формалізоване *клінічне інтерв'ю* з батьками та дитиною і проведення скринінгу (окремо заповнюються батьківський та лікарський протоколи, враховується протокол, заповнений вихователями чи вчителями

дитини) [188]. У разі потреби спеціаліст може застосовувати інші оцінні шкали, наприклад: розвитку та благополуччя дитини (DAWBA) та контрольні таблиці дитячої поведінки (CBCL). Для оцінювання порушень уваги (неуважності) та вольового контролю над мисленням, поведінкою і потягами (імпульсивності) можна використовувати лабораторні психофізіологічні тести: тест на функції уваги з безперервним виконанням (Continuous Performance Test), тест із стоп-завданням (Test with a feet-task). У разі потреби можуть проводитися додатково психофізіологічні та лабораторні обстеження [89]. Причому в самому інтерв'ю основою для діагностики гіперактивності є не стільки виявлення в дитини ознак ГРДУ, як дані анамнезу. Також суб'єктивні фактори в процесі діагностики (втома дитини, довге очікування чи поганий настрій) можуть стати причиною встановлення хибних висновків. Тому одним з основних принципів діагностики ГРДУ є її *ретельність*: отримання інформації з кількох незалежних джерел (батьки, вихователі), а при потребі і залучення більш об'єктивної інформації, наприклад відео-зйомки. Р. Барклі висловився про непрофесійність постановки діагнозу ГРДУ протягом 30-хвилинного обстеження і називає таку діагностику неякісною [189, с. 260].

В Україні існує досвід вивчення та адаптації провідних зарубіжних діагностичних протоколів щодо діагностики ГРДУ (European clinical guidelines for hyperkinetic disorder, 2004; American Academy of Child Adolescent Psychiatry, 1997, 2002, 2007; American Academy of Pediatrics, 2000, 2001) в навчально-реабілітаційному центрі для дітей з поведінковими розладами «Джерело» м. Львова. Керівник цього центру О. Романчук визначив такі основні етапи діагностичного процесу ГРДУ:

1. Дитячий психіатр: клінічне інтерв'ю з батьками та дитиною.
2. Застосування діагностичних опитувальників.
3. Психологічна діагностика.
4. Отримання інформації з незалежних джерел (вихователі, вчителі).

5. При потребі обстеження невролога, інструментальні та лабораторні дослідження з метою диференційної діагностики.

Проте на практиці батьки рідко сприймають гіперактивність дитини як привід звернутися до дитячого психіатра. В кращому випадку з проблемою діагностики ГРДУ стикаються психологи системи освіти (дошкільного навчального закладу чи школи). До дитячого психіатра при потребі батьки звертаються через наполегливе спрямування психолога. Саме через обставини етнокультурної аперцепції відповідні протоколи діагностичного характеру потрібно розробляти для психологічної служби в системі освіти, а вже практичний психолог, виходячи з результатів попереднього скринінгу, ініціює залучення інших фахівців для встановлення об'єктивного і цілісного діагнозу. В деяких випадках базове педіатричне та неврологічне обстеження є необхідним для виключення «псевдо-ГРДУ», адже порушення поведінки та уваги в дітей можуть бути спричинені загальними медичними захворюваннями (анемія, гіпертиреоз, хронічний біль). Причиною симптомів гіперактивності може бути і побічна дія певних ліків, а також ціла низка неврологічних розладів (епілепсія, нервові тики тощо). Якщо є підозра на такі варіанти причин симптомів ГРДУ, потрібні додаткові інструментальні і лабораторні обстеження (електроенцефалограма, комп'ютерна томографія). Проте, за висновком Американської академії неврології та Американського товариства клінічної нейрофізіології, якщо немає підозри на епілепсію, то такі дослідження не мають клінічного значення ані у встановленні діагнозу ГРДУ, ані в плануванні подальшої терапії та корекції (Nuwer, 1997) [129].

Діагностика ГРДУ має проводитися, наскільки це можливо, у нестигматизованих умовах. На думку І. Марценківського – координатора ВООЗ в Україні, який займався проблемою діагностики ГРДУ, доцільним є створення за межами психіатричних установ територіальних кабінетів для медичної, психотерапевтичної та корекційно-педагогічної допомоги гіперактивним дітям чи надання їм спеціалізованої психіатричної допомоги

дитячим лікарем-психіатром у складі закріпленої за певною територією мультидисциплінарної бригади [89].

Дуже важливу роль у ранньому виявленні ГРДУ відіграють вихователі та психологи. У навчально-виховному закладі важко не помітити дитину з гіперактивним розладом. На цьому етапі діагностичний процес не займає багато часу, – заповнення скринінгових опитувальників батьками та вихователями, аналіз відомостей про успішність та рівень моторної активності дитини на початковому етапі можуть виявитися достатніми. Але вже наступний етап діагностики має здійснюватися в рамках мультидисциплінарної команди, до складу якої мають входити як психолог, так психіатр [105].

Практичні психологи при дослідженні ГРДУ діагностичну роботу мають розділяти на декілька аспектів: дослідження когнітивної, емоційної та поведінкової сфер [110]. Л. Ясюкова, вказуючи на вік 3-6 років як найбільш важливий для виявлення ГРДУ, в якості діагностичного матеріалу називає: опитувальники для батьків та вчителів; методики дослідження уваги Р. Немова; матриці Равена; тест Векслера та інші методики діагностики інтелекту та пізнавальної сфери дитини; візуально-моторний тест Бендер-Гештальта; експрес-діагностику «Лурія-90», розроблену Є. Симерницькою; діагностику відео-моторної перцепції (малюнок «Дім-Дерево-Людина», «Неіснуюча тварина»); діагностику емоційного розвитку (тести на виявлення рівня тривожності, тест руки тощо). Що ж до дослідження особливостей поведінки, то рекомендується використовувати опитувальник J. Swanson [184].

Враховуючи специфіку розладу, діагностичний процес з використанням вказаного матеріалу та підходів потребує значних затрат часу при неможливості охопити значну кількість дитячої популяції, необхідності адаптувати іншомовні опитувальники для використання в Україні.

2.3. Методи діагностики гіперактивності у дошкільників

Враховуючи вищевідзначені вікові особливості і наявний досвід діагностики гіперактивності в дошкільному віці, ми застосували такі методики.

На етапі *скринінгового дослідження* було застосовано: схему спостереження за дитиною для вихователів «Критерії виявлення гіперактивності в дошкільників», за П. Бейкером та М. Алвордом; «Анкету для батьків» І. Брязгунова та Є. Касатикової; «Порівняльне спостереження для батьків та вихователів», за І. Арцишевською [11; 24; 83].

Критерії виявлення гіперактивності в дошкільників

за П. Бейкером та М. Алвордом

(спостереження за дитиною здійснювали вихователі)

Схема спостереження за дитиною

Дефіцит активної уваги

1. Дитина непослідовна, їй важко довго утримувати увагу.
2. Не чує, коли до неї звертаються.
3. З великим ентузіазмом береться за завдання, але так і не завершує його.
4. Відчуває труднощі в організації.
5. Часто губить речі.
6. Уникає нудних завдань і таких, що потребують розумових зусиль.
7. Часто буває забудькуватою.

Рухова розгальмованість(гіперактивність)

1. Дитина постійно крутиться.
2. Проявляє ознаки занепокоєння (барабанить пальцями, крутиться на кріслі, бігає безладно, вилізає на перешкоди без потреби).
3. Спить набагато менше, ніж інші діти.
4. Дуже балакуча.

Імпульсивність

1. Дитина починає відповідати, не дослухавши запитання до кінця.
2. Не здатна дочекатися своєї черги, часто втручається в розмову, перебиває інших.
3. Погано зосереджує увагу.
4. Не може дочекатися винагороди (якщо між дією і винагородою є пауза).
5. Не може контролювати і регулювати свої дії, її поведінка слабо регулюється правилами.
6. При виконанні завдань поводить по-різному і показує дуже різні результати (на деяких заняттях дитина спокійна, на деяких – ні, інколи демонструє успішність, а інколи повну апатію).

Якщо в дошкільному віці проявляються хоча б шість із перелічених ознак, дитина потрапляє в групу контролю.

Анкета для батьків І. Брязгунова та Є. Касатикової

Батькам пропонується проаналізувати поведінку дитини за останніх пів року і визначити наведені в анкеті особливості.

№	Особливості поведінки дитини	Оцінка
1	Не може спокійно всидіти на стільці: вигинається, робить різні рухи руками і ногами	1 – так 0 – ні
2	Важко всидіти на стільці під час виконання будь-якого завдання	1 – так 0 – ні
3	Легко відволікається на сторонні стимули	1 – так 0 – ні
4	З труднощами чекає своєї черги, щоб вступити у гру	1 – так 0 – ні
5	Відповідає на запитання, не дослухавши і не подумавши	1 – так 0 – ні
6	З труднощами виконує настанови та інструкції дорослих	1 – так 0 – ні
7	З труднощами утримує увагу під час виконання завдання у грі	1 – так 0 – ні
8	Часто переключається з однієї незакінченої справи на іншу	1 – так 0 – ні
9	Під час гри дитина неспокійна, нервує	1 – так 0 – ні

10	Часто надміру говірка	1 – так 0 – ні
11	У розмові перебиває і нав'язує свою думку	1 – так 0 – ні
12	Іноді здається, що дитина не чує сказаного їй	1 – так 0 – ні
13	Часто губить речі: іграшки, олівці, книжки тощо	1 – так 0 – ні
14	Ігнорує фізичну небезпеку та можливі наслідки (наприклад, біжить, не оглядаючись, по вулиці).	1 – так 0 – ні

Гіперактивність визначається при наявності хоча б 7 ознак з 14.

Порівняльне спостереження для батьків та вихователів

за І. Арцишевською

(на основі особливостей поведінки активної дитини та дитини з ознаками гіперактивності).

Активна дитина	Ознаки гіперактивності
Більшу частину дня не «сидить на місці», віддає перевагу рухливим іграм, а не пасивним (пазли, конструктор), але якщо її зацікавити, вона може читати книжки з дорослими, збирати пазли.	Перебуває в постійному русі і просто не може себе контролювати, тобто навіть якщо така дитина втомилася, вона продовжує рухатися, а вибившись із сил, плаче, доводить себе до істерики.
Швидко і багато говорить, задає нескінченну кількість запитань	Швидко і багато говорить, ковтає слова, перебиває, не дослуховуючи. Задає багато запитань, але рідко чекає відповіді на них.
Порушення сну і травлення (кишкові розлади) для такої дитини є винятком.	Її неможливо укласти спати, а якщо вона спить, то уривками, неспокійно. У неї часто бувають кишкові розлади. Також характерними є різні алергічні

	реакції.
Дитина активна не скрізь. Наприклад, неспокійна і непосидюча вдома, може бути спокійною у дитячому садку чи в гостях у малознайомих людей.	Дитина – некерована. Вона абсолютно не реагує на заборони і обмеження. В будь-яких умовах (вдома, в гостях, на прогулянці) поводитьсь однаково активно.
Дитина неагресивна. Тобто іноді трапляються в неї конфлікти з однолітками, але вона сама рідко провокує скандал.	Часто провокує конфлікти. Не контролює свою агресію – б'ється, кусається, штовхається, при цьому пускає в хід підручні засоби: палиці, каміння.

Якщо три і більше ознак гіперактивності в порівнянні з активністю «звичайної» дитини відмічаються, дитина потрапляє в групу скринінгового зрізу.

На *другому етапі* емпіричного дослідження для поглибленого констатувального психодіагностичного обстеження і діагностики основних проявів гіперактивного розладу з дефіцитом уваги в дошкільників ми використали такий інструментарій: методики «Запам'ятай і розстав крапки» та «Знайди і викресли» Р. Немова, методику визначення рівня самооцінки дошкільника «Який я?» (Р. Немов) [100], анкети для визначення схильності до асоціальної поведінки та рівня агресивності у дошкільників (З. Карпенко), анкету для визначення рівня імпульсивності у дошкільників (Г. Лаврентьєва, Т. Титаренко) [61].

Методика «Запам'ятай і розстав крапки» Р. Немова

За допомогою даної методики оцінюється обсяг уваги дитини. Використовується стимульний матеріал – картки, поділені на клітинки, в яких у різній кількості і послідовності розставлені крапки для показу, і такі ж картки з порожніми клітинками для дітей. Картки з крапочками слід

показувати дітям в послідовності від 1 до 8. При цьому кількість крапок в квадратах поступово буде збільшуватися від 2 до 9. Час показу кожної картки 1 – 2 секунди. Дітям дається завдання намалювати в своїх порожніх квадратах таку ж кількість крапок і в тих самих місцях. Важливо, щоб під час виконання завдання дитина не спілкувалася з іншими дітьми і не заглядала в карточки сусідів. Обсягом уваги дитини вважається максимальна кількість крапок, які дитина змогла правильно відтворити на будь-якій із карток, тобто вибирається та карточка, на якій було відтворено безпомилково найбільша кількість крапок.

Результати оцінюються в балах таким чином:

- 10 балів – дитина правильно відтворила на карточці 6 і більше крапок;
- 8-9 балів – дитина правильно відтворила на карточці від 4 до 5 крапок;
- 6-7 балів – дитина правильно відтворила на карточці 3 до 4 крапок;
- 4-5 балів – дитина правильно відтворила на карточці від 2 до 3 крапок;
- 0-3 бали – дитина змогла правильно відтворити на одній карточці не більше однієї крапки.

Висновки про рівень розвитку уваги:

- 10 балів – дуже високий;
- 8-9 балів – високий;
- 6-7 балів – середній;
- 4-5 балів – низький;
- 0-3 бали – дуже низький.

Методика «Знайди і викресли» Р. Немова

Методика спрямована на визначення рівня продуктивності і стійкості уваги дошкільників. Стимульний матеріал – це зображення у випадковому порядку простих фігур: грибок, будиночок, відро, м'яч, квітка, прапорець. Дитина перед початком дослідження отримує інструкцію, за якою, почувши команду починати, вона повинна шукати і закреслювати визначений дослідником предмет (наприклад грибок). Шукати і закреслювати названі

предмети потрібно доти, доки дослідник не зупинить словом «стоп». Тоді дитині слід зупинитися і показати те зображення предмета, яке вона побачила останнім. Дослідник відзначає це місце і знову дає команду продовжувати. Так відбувається кілька разів аж до завершення завдання. За цією методикою дитина працює 2,5 хв., протягом яких п'ять разів підряд (через кожних 30 сек.) їй говорять слова «стоп» і «починай».

При обробці й оцінці результатів визначається кількість предметів на малюнку, переглянутих дитиною протягом 2,5 хв., тобто за весь час виконання завдання, а також окремо за кожен 30-секундний інтервал. Отримані дані вносяться до спеціальної формули, за якою визначається загальний показник рівня розвитку у дитини одночасно двох властивостей уваги: продуктивності і стійкості:

$$S = \frac{0,5 \cdot N - 2,8n}{t}$$

де S — показник продуктивності і стійкості уваги обстеженої дитини;

N — кількість зображень предметів на малюнку, переглянутих дитиною за час роботи;

t — час роботи;

n — кількість помилок, допущених за час роботи (за помилки вважаються пропущені потрібні або закреслені непотрібні зображення).

В результаті кількісної обробки психодіагностичних даних показники продуктивності і стійкості переводяться в бали за десятибальною системою таким чином:

10 балів — показник S у дитини вищий, ніж 1,25 бала.

8-9 балів — показник S знаходиться в межах від 1,00 до 1,25 бала.

6-7 балів — показник S знаходиться в інтервалі від 0,75 до 1,00 бала.

4-5 балів — показник S знаходиться в межах від 0,50 до 0,75 бала.

2-3 бали — показник S знаходиться в межах від 0,24 до 0,50 бала.

0-1 бал — показник S знаходиться в інтервалі від 0,00 до 0,2 бала.

Висновки про рівень розвитку уваги:

10 балів — продуктивність і стійкість уваги дуже високі.

8-9 балів — продуктивність і стійкість уваги високі.

4-7 балів — продуктивність і стійкість уваги середні.

2-3 балу — продуктивність і стійкість уваги низькі.

0-1 бал — продуктивність і стійкість уваги дуже низькі.

Методика визначення самооцінки дошкільника «Який я?»

(Р. Немов)

Обстеження проводиться індивідуально. Дослідник запитує дитину, як вона сама себе сприймає й оцінює за десятьма різними позитивними якостями особистості: хороший, добрий, розумний, акуратний, слухняний, уважний, ввічливий, вмілий (здібний), працелюбний, чесний. Оцінки, які дитина ставить собі, виставляються психологом у відповідних колонках протоколу, а потім переводяться в бали. Відповідь «Так» оцінюються в 1 бал, відповідь «Ні» оцінюються в 0 балів. Відповідь «Інколи», як і відповідь «Не знаю» оцінюються в 0,5 бала. Самооцінка дитини визначається за загальною сумою балів, набраних нею за всіма якостями особистості.

Рівні самооцінки дошкільників:

10 балів – дуже високий;

8 – 9 балів – високий;

4 -7 балів – середній;

2 -3 бала – низький.

1 бал – дуже низький.

Анкета для визначення рівня асоціальності дошкільників

(З. Карпенко)

В анкеті подаються десять тверджень стосовно визначення схильності до асоціальної поведінки дитини. Вихователь співвідносить загальні твердження анкети з поведінкою конкретної дитини шляхом

підтвердження однієї з альтернатив – «так» або «ні». Відповідно відповідь «так» – 1 бал, відповідь «ні» – 0 балів.

Шкала оцінювання схильності до асоціальної поведінки дошкільників:

- високий рівень асоціальності – 8-10 балів;
- середній рівень асоціальності – 4-7 балів;
- низький рівень асоціальності – 1-3 бали.

Анкета для визначення рівня агресивності у дошкільників

(З. Карпенко)

В анкеті подаються десять тверджень стосовно проявів агресії в поведінці дитини. Вихователь співвідносить загальні твердження анкети з поведінкою конкретної дитини шляхом підтвердження однієї з альтернатив – «так» або «ні». Відповідно відповідь «так» – 1 бал, відповідь «ні» – 0 балів.

Шкала оцінювання агресивності в дошкільників:

- високий рівень агресивності – 8-10 балів;
- середній рівень агресивності – 4-7 балів;
- низький рівень агресивності – 1-3 бали.

Анкета для визначення рівня імпульсивності у дошкільників

(Г. Лаврентьєва, Т. Титаренко)

В анкеті подаються двадцять тверджень стосовно проявів імпульсивності у поведінці дитини. Оцінюють поведінку двоє дорослих (батько і вихователь). Дорослі, які мають тривалий досвід спілкування з дитиною і спостереження за її поведінкою (батьки та вихователі), окремо визначають відношення поведінки дитини до заданих тверджень шляхом визначення «так» або «ні». Таким чином, дослідник, прагнучи якомога об'єктивніше оцінити рівень імпульсивності дошкільника, отримує незалежні характеристики від двох дорослих. Відповідно відповідь «так» – 1 бал, відповідь «ні» – 0 балів. В підсумку бали обох

дорослих додаються і діляться навпіл. Отриману кількість балів вважаємо рівнем імпульсивності.

Рівні імпульсивності в дошкільників:

- високий рівень імпульсивності – 15-20 балів;
- середній рівень імпульсивності – 7-14 балів;
- низький рівень імпульсивності – 1-6 балів.

Отже, перші два етапи емпіричного дослідження слугували цілям виявлення (скринінгу) дітей з ГРДУ серед досліджуваного контингенту старших дошкільників за вузько специфічними функціонально-суб'єктивними критеріями, а згодом і поглибленого вивчення відібраних для подальшої роботи гіперактивних дітей. Причому дві методики Р. Немова доповнювали первинний діагностичний зріз по увазі, одна стосувалася сприйняття дорослими досліджуваних дітей як імпульсивних. Анкети для вихователів щодо оцінки їх підопічних на предмет агресивності та схильності до асоціальної поведінки давали відповіді на питання, як тлумачиться поведінка гіперактивних дошкільників старшими людьми з точки зору їх відповідності нормам громадської моралі. Це допомогло б виявити дієвість феномену стигматизації (навішування ярлика ненормальної, схибленої дитини), який програмує розвиток гіперактивного малюка в деструктивний спосіб. Непрямим доказом впливовості стигматизації міг виступити і рівень самооцінки у разі його істотного розходження із середньостатистичним для даної вікової когорти. Зауважимо, що і самооцінка особистісних якостей, і експертна оцінка соціальних установок дітей стосуються інтенціонально-телеологічного аспекту принципу інтегральної суб'єктності, який з огляду на специфіку ГРДУ, буде підпорядкованим суб'єктно-функціональному аспекту. Дана підпорядкованість означає те, що поведінкові проблеми дітей є похідними від функціональних можливостей мозкового анатомо-фізіологічного субстрату, відтак комплексна суб'єкт-орієнтована мультимодальна програма психокорекції гіперактивності дітей повинна

насамперед працювати з психофізичними задатками дітей, а якість соціальної перцепції, емоційну підтримку, емпатію, толерантність, педагогічний такт може забезпечити компетентне щодо ГРДУ сімейне й освітньо-виховне середовище.

Підсумком діагностичного процесу, на наше переконання, має бути вичерпний *діагностичний висновок*, з якого випливає комплексний план допомоги дитині та її сім'ї. Діагностичний висновок має включати:

- констатацію наявності гіперактивного розладу з дефіцитом уваги;
- окреслені супутні проблеми розвитку і виховання дитини;
- загальну психологічну характеристику дошкільника;
- характеристику соціального контексту життя дитини;
- прогностичне припущення.

На наше переконання, саме такий вичерпний і поширений діагностичний висновок має бути базовим для подальшої допомоги дитині, професійної психокорекції ГРДУ, при потребі – медикаментозного втручання і в цілому – організації ефективного психологічного супроводу гіперактивної дитини.

2.4. Результати констатувального етапу психолого-педагогічного експерименту

У даному підрозділі буде проаналізовано результати перших обох (діагностичних) етапів емпіричного дослідження.

У Додатку А представлено результати скринінгу гіперактивності у старших дошкільників, з яких видно, що з досліджених 162 дітей (77 хлопчиків і 85 дівчаток) ознаки ГРДУ виявлено у 22 дітей (13,6 %), тобто гіперактивною є кожна 7 – 8 дитина цієї вікової категорії, з них 16 хлопчиків (73%) і 6 дівчаток (27%). Отже, підтвердилися дані інших дослідників щодо

значно ширшої розповсюдженості гіперактивного розладу серед хлопчиків, ніж серед дівчаток.

У таблиці 2.1 представлено результати порівняння віддиференційованих за описовими характеристиками скринінгу підгрупи нормальних (140 осіб) і гіперактивних (22 особи) дітей.

Таблиця 2.1

Результати скринінгу ГРДУ серед старших дошкільників

Показники ГРДУ за методиками	Середнє значення в балах		Стандартна похибка		Достовірність відмінностей за критерієм Манна-Уїтні
	Гіперактивні	Група норми	Гіперактивні	Група норми	
Критерії за Бейкером та Алвордом)	7,87	2,58	0,389	0,108	0,00
Спостереження за І. Арцишевською для батьків	3,30	1,15	0,147	0,065	0,00
Спостереження за І. Арцишевською для вихователів	3,87	1,40	0,170	0,064	0,00
Анкета для батьків Брызгунова – Касатикової	9,61	3,36	0,386	0,110	0,00

Отже, за всіма діагностованими параметрами отримано достовірні статистичні відмінності між середніми значеннями груп з віковою нормою і гіперактивних старших дошкільників. Ці відмінності дещо менші за методикою І. Арцишевської, що радше зумовлюється конструктивними особливостями самої методики, її меншою, порівняно з двома іншими скринінговими методиками, диференціовальною спроможністю, що

проявляється зокрема в суміщенні різнорідних критеріїв (порушення сну і травлення, наприклад).

При опрацюванні критеріїв виявлення гіперактивності в дошкільників за П. Бейкер та М. Алворд (для вихователів) ми зіткнулися з тим, що деякі результати були вкрай граничними. Наприклад, результати показували 6 характеристик з 17, що є крайньої нижньої межею визначення гіперактивності. У таких випадках психолог призначав співбесіду з вихователем та батьками з метою уточнень характеристик поведінки, її проявів у різних ситуаціях. Також бралися до уваги результати двох інших діагностичних критеріїв, зокрема варіантів, заповнених батьками. На основі такого аналізу ухвалювалося рішення про зарахування дитину в групу гіперактивних.

Розглянемо результати описової статистики результатів поглибленої психодіагностики психологічних особливостей гіперактивних дітей загальною кількістю 22 особи (див. Додаток Б).

Отже, за методикою «Запам'ятай і розстав крапки», описаною Р. Немовим, встановлено, що середній рівень обсягу уваги виявився у 3-х дітей (13,6 %), низький рівень – у 8-ми дітей (36,4 %) і дуже низький рівень – у 11-ти дітей (50 %). Прикметно, що високий і дуже високий рівні обсягу уваги у гіперактивних дітей не діагностовано (рис. 2.1).

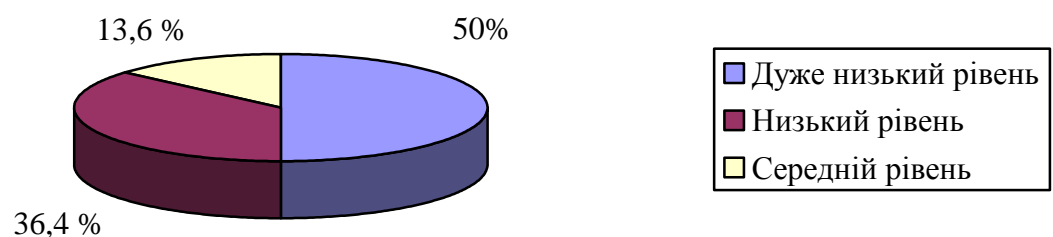


Рис. 2.1. Розподіл рівнів обсягу уваги в дітей з ГРДУ

За методикою «Знайди і викресли», представленою Р. Немовим, встановлено такі результати: середній рівень продуктивності і стійкості уваги

показали 4 дитини (18,2 %), низький рівень – 12 дітей (54,5 %) і дуже низький рівень – 6 дітей (27,3 %), що трохи краще, ніж у випадку діагностики обсягу уваги. Втім, високий і дуже високий рівні продуктивності і стійкості уваги тут також не встановлено (рис. 2.2).

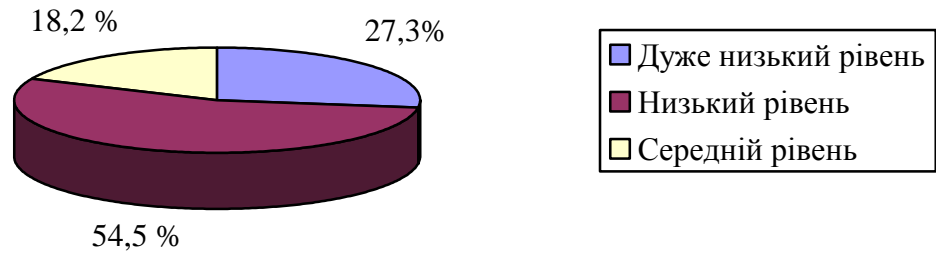


Рис. 2.2. Розподіл рівнів продуктивності та стійкості уваги у дітей з ГРДУ

За методикою «Який я?» визначено рівень сумарної самооцінки дошкільників, отриманий з підрахунку сукупності часткових самооцінок за ознаками «хороший», «добрий», «розумний» і т. д. Тут розкид даних виявився ширшим. Так, 1 дитина (4,5 %) показала дуже високу самооцінку, ще 1 (4,5 %) – високу, переважна більшість – 13 дітей або 59% – середній рівень самооцінки, 7 дітей (32%) – низький рівень. Звідси випливає, що гіперактивні діти мають здебільшого адекватне уявлення про себе, третина з них має вочевидь занижену самооцінку і лише окремі діти перебільшують свої чесноти (рис. 2.3).

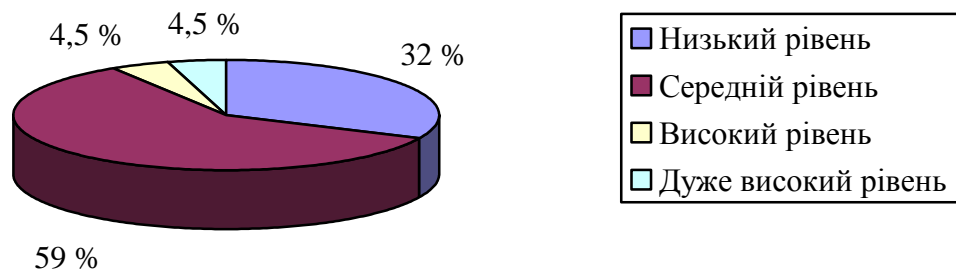


Рис. 2.3. Розподіл рівнів самооцінки у дітей з ГРДУ

Застосування анкети для вихователів стосовно визначення рівня схильності до асоціальної поведінки (З. Карпенко) дозволило встановити, що половині досліджуваних – 11 дітей або 50% – притаманний середній рівень діагностованої риси, 9 дітям (41%) – низький рівень і лише 2 дитини (9%) має високий рівень схильності до асоціальної поведінки (рис. 2.4). На наш погляд, той факт, що більше половини обстежених із ГРДУ вже у дошкільному віці мають середній і високий рівень асоціальності, повинен насторожувати батьків та вихователів, що підкреслює важливість та необхідність психокорекційної роботи.

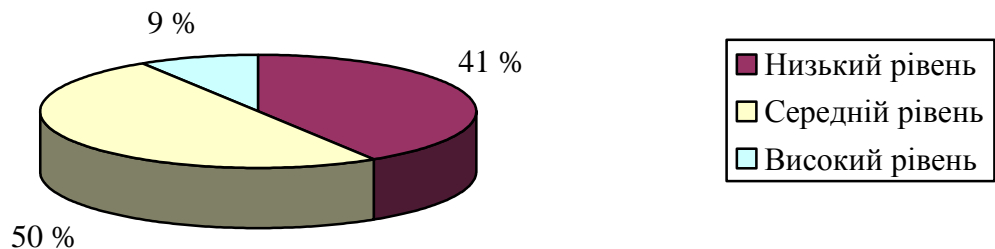


Рис. 2.4. Розподіл рівнів асоціальної поведінки у дітей з ГРДУ

Близькими до цих є результати дослідження схильності до агресивної поведінки. Середній рівень виявлено у 9-ти дітей (41%), низький – у 12-ти дітей (54,5%) і 1 дитина (4,5%) виявила високий рівень агресивності (рис. 2.5).

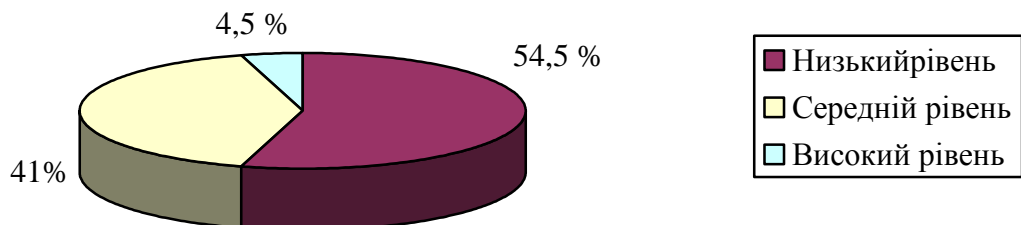


Рис. 2.5. Розподіл рівнів агресивності дітей з ГРДУ

При інтерпретації даних діагностики агресивності та схильності до асоціальної поведінки слід пам'ятати про спосіб отримання цих даних. Ці

емпіричні показники були отримані в результаті експертної оцінки вихователів, які працювали з гіперактивними дітьми та які вочевидь відчули на собі труднощі спілкування зі складним у педагогічному відношенні контингентом. На оцінки вихователів могли вплинути упередження щодо дітей з «надміру активним» темпераментом чи «поганим характером» або ж такими, що походять з «проблемної» сім'ї. Застосування спеціальної програми психоедукації для вихователів повинно звести до мінімуму помилки їх соціальної перцепції та нівелювати антипедагогічний вплив обумовленої гіперактивним розладом дітей каузальної атрибуції мотивів їхньої поведінки і рис особистості.

За параметрами оцінки «імпульсивність» (методика Г. Лаврентьевої та Т. Титаренко) отримано високі – 13 дітей (59%) і середні – 7 дітей (32%) значення цієї психічної вади. Тільки 2 дітей (9%) показують низький рівень імпульсивної поведінки (рис. 2.6).

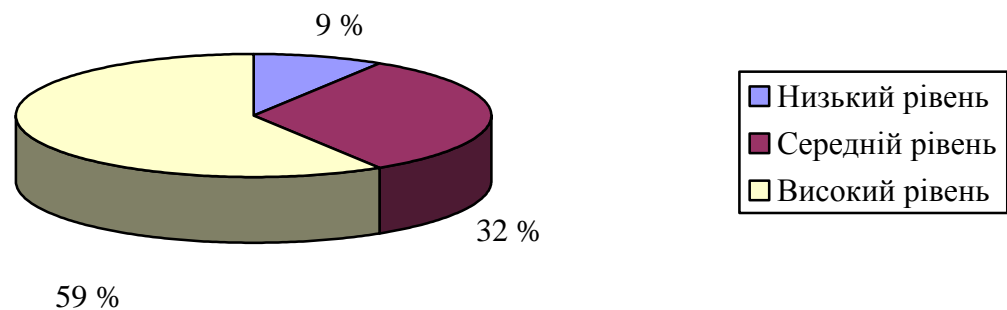


Рис. 2.6. Розподіл рівнів імпульсивності дітей з ГРДУ

У результаті діагностики комплексу емпіричних показників гіперактивності у старших дошкільників було сформовано дві групи для проведення формувального експерименту.

Нижче наводимо результати збалансованих за основними критеріями ГРДУ експериментальної та контрольної груп.

У таблиці 2.2 представлено результати констатувального зрізу за поглибленими критеріями діагностики гіперактивних дітей, укомплектованих

на попередньому (скринінговому) етапі емпіричного дослідження експериментальної (ЕГ) та контрольної (КГ) груп. Для комплектування цих груп було застосовано стратегію попарного відбору, при якій ЕГ і КГ складаються з індивідів, еквівалентних за значущими для експерименту побічними параметрами. У даному випадку кількість учасників кожної групи однакова – 11 осіб. Для репрезентативності вибірки і врахування гендерного чинника (зовнішньої валідності) групи були сформовані по 8 хлопчиків і три дівчинки в кожній. Для забезпечення внутрішньої валідності наступного психолого-педагогічного експерименту розподіл у ЕГ і КГ здійснювався за максимально наближеними діагностичними показниками досліджуваних, а не за принципом їх належності до реальних груп. Отже, стратегія попарного відбору дозволила адекватно представити вибірку гіперактивних дошкільників у загальній популяції шляхом усереднення їх індивідуальних відмінностей у ЕГ і КГ (внутрішня валідність) і забезпечити належну репрезентативність присутності дітей з ГРДУ у генеральній сукупності (зовнішня валідність).

Таблиця 2.2

Результати констатувального зрізу для експериментальної та контрольної груп старших дошкільників

№ п/п	Показники (рівень)	Середнє значення		Стандартне відхилення		Достовірність відмінностей за критерієм Вілкоксона
		ЕГ	КГ	ЕГ	КГ	
1	Обсяг уваги	1,64	1,64	0,67	0,81	0,564
2	Продуктивність і стійкість уваги	1,91	1,91	0,70	0,70	0,564
3	Загальна самооцінка	1,82	1,82	0,98	0,40	0,317
4	Асоціальність	1,64	1,73	0,67	0,65	0,157
5	Агресивність	1,64	1,36	0,67	0,51	0,083
6	Імпульсивність	2,27	2,18	0,65	0,60	1,00

Як видно з таблиці 2.2, за ключовими критеріями гіперактивності отримано ідентичні або близькі до них показники, що дозволяє зробити висновок про гомогенність експериментальної та контрольної груп. Найбільш суттєві розбіжності існують між агресивністю і схильністю до асоціальної поведінки, яка вища у контрольній групі, але і вони не є статистично значущими.

Зауважимо, що представлені у таблиці 2.2 результати, а також результати формувального етапу експерименту, подані в третьому розділі, було укрупнено: замість п'яти рівнів розвитку властивостей уваги, отриманих під час скринінгу, наведено три рівні. Для цього дуже низький і низький рівні та дуже високий і високий рівні було об'єднано відповідно у низький (1-ий ранг) і високий (3-ій ранг) рівні розвитку уваги. Показникам середнього рівня було присвоєно 2-ий ранг. Така трансформація результатів психодіагностики дозволяє наочніше презентувати динаміку функціонально-суб'єктних здатностей дошкільників з ГРДУ внаслідок залучення їх до процесу психокорекції.

Висновки до другого розділу

1. Вихідним пунктом діагностики і корекції гіперактивності дошкільників стала її суб'єкт-орієнтована модель, за якою порушення самоконтролю на п'яти рівнях функціонування особи в контексті цілісної життєдіяльності спричиняє деформацію відповідних мотиваційно-ціннісних налаштувань. Порівняльний аналіз концепцій інтегральної періодизації ступенів розвитку суб'єктності людини В. Слободчикова й Г. Цукерман, морального розвитку Л. Кольберга, аксіогенезу З. Карпенко та ін. дозволяє стверджувати, що затримка розвитку суб'єктності дитини у сенсомоторному, мнемічному, мовленнєво-комунікативному вимірах, зумовлена

нейрофізіологічними причинами, гальмує і деформує розвиток її ціннісно-мотиваційної сфери і особистісне становлення загалом.

2. Організація психолого-педагогічного експерименту з перевірки ефективності суб'єкт-орієнтованої моделі корекції гіперактивності дошкільників відбувалася в чотири етапи: на першому етапі здійснювався скринінг ГРДУ серед 162 старших дошкільників, в результаті чого було виявлено 22 гіперактивні дитини; другий етап являв собою поглиблене констатувальне психодіагностичне обстеження дітей з ГРДУ; на третьому етапі було впроваджено комплексну суб'єкт-орієнтовану мультимодальну психокорекційну програму для гіперактивних дошкільників; четвертий етап становив контрольний зріз результатів реалізації даної програми.

3. Огляд психодіагностичних критеріїв і засобів для виявлення гіперактивності дошкільників свідчить про достатньо солідні напрацювання. Зокрема, DSM-IV та DSM-V пропонують конкретні і чіткі критерії визначення тяжкості порушень уваги й гіперактивності-імпульсивності, на основі чого розроблено чимало опитувальників, анкет і протоколів постановки діагнозу. З цією метою застосовуються клінічне інтерв'ю з батьками та дитиною, різноманітні оцінні шкали, контрольні таблиці, анкети, психофізіологічні та лабораторні обстеження тощо.

4. На першому, скринінговому етапі емпіричного дослідження було застосовано три методики: схему спостереження за дитиною для вихователів «Критерії виявлення гіперактивності в дошкільників» (П. Бейкер, М. Алворд), «Анкету для батьків» І. Брязгунова та Є. Касатикової, «Порівняльне спостереження для батьків та вихователів» І. Арцишевської. Виявлені за допомогою цих методик діти з ГРДУ становили 13,6% від загальної вибірки (всього 22 особи), з них 16 хлопчиків (73%) і 6 дівчаток (27%), що загалом відповідає даним щодо розповсюдженості цього розладу, отриманими іншими дослідниками.

5. На другому етапі емпіричного дослідження було проведено поглиблену діагностику основних і супутніх проявів гіперактивності старших дошкільників за методиками Р. Немова – «Запам'ятай і розстав крапки», «Знайди і викресли», «Який я?»; З. Карпенко – анкет для визначення рівня агресивності та схильності до асоціальної поведінки; Г. Лаврентьевої та Т. Титаренко – анкети для визначення рівня імпульсивності у дошкільників.

6. За результатами констатувального зрізу гіперактивних старших дошкільників встановлено дуже низький (50%) і низький (36,4%) рівні обсягу уваги, аналогічні (54,5% і 27,3%) рівні її продуктивності і стійкості, переважання середнього (59%) і низького (32%) рівнів самооцінки, середній рівень схильності до асоціальної поведінки (50%) при такому ж рівні агресивності (41%), високий (59%) і середній (32%) рівні імпульсивності. Отримані результати свідчать про необхідність психокорекції функціонально-суб'єктних складників гіперактивності діагностованого контингенту.

РОЗДІЛ 3.

КОМПЛЕКСНА СУБ'ЄКТ-ОРІЄНТОВАНА МУЛЬТИМОДАЛЬНА ПСИХОКОРЕКЦІЯ ГІПЕРАКТИВНОСТІ ДОШКІЛЬНИКІВ

У цьому розділі розкрито зміст, завдання, умови, засоби і методи впровадження комплексної суб'єкт-орієнтованої мультимодальної програми психокорекції гіперактивності дошкільників різними суб'єктами навчально-виховного впливу й активними агентами соціалізації – психологами, вихователями дошкільного закладу, батьками та ін.

3.1. Методи психокорекції гіперактивної поведінки дошкільників

У країнах Європейського Союзу та США загальновизнаним стандартом лікування дітей з гіперактивністю є медикаментозна терапія – призначення психостимуляторів (найчастіше метилфенідату) у поєднанні з методами когнітивно-поведінкової терапії та тренінгами батьківської компетентності. Ефективними визнані системи психокорекції та психолого-педагогічної підтримки гіперактивних дітей в закладах освіти, а також когнітивно-поведінкових тренінгів самоконтролю та соціальних навичок [18; 19; 188; 196].

У США застосування медикаментозної терапії при ГРДУ є одним з провідних методів лікування. Проте й досі немає єдиної думки про результативність лікування препаратами і єдиної схеми їх призначення. Можна визначити наступні проблеми медикаментозного лікування ГРДУ:

– по-перше, його ефективність в цілому дуже відносна (і навіть не наближається до абсолютної); ліки знімають лише гостроту проявів різних симптомів, що входять до складу розладу, але зовсім не ліквідують його як такий (це вірно навіть при відносно тривалій терапії);

– по-друге, постійно дискутується питання про можливу шкідливість і побічні ефекти систематичного вживання препаратів; і хоча до теперішнього часу відсутні переконливі дані як про повну нешкідливість таких ліків, так і про конкретний шкідливий їх вплив на різні внутрішні органи і системи людини, ця проблема продовжує залишатися гострою [129; 157; 178].

Дослідження ще ведуться, проте їх результати свідчать, що застосування виключно тільки ліків не може покращити поведінку дитини [129; 189]. У зв'язку з цим надзвичайної актуальності набуває завдання пошуку, розробки і дослідження ефективності інших – немедикаментозних – методів корекції ГРДУ, в основі яких лежали б чисто психологічні методи впливу на дитину. Таким чином, методи психокорекції гіперактивності розглядаються, передусім, як розумна альтернатива традиційному медикаментозному лікуванню, а, можливо, і як ефективне доповнення до нього (наприклад, на початкових етапах лікування) або можлива його зміна (коли, наприклад, в перші місяці здійснюється лікування препаратами, а потім воно замінюється психокорекцією). Тобто у будь-якому випадку постає завдання гранично максимального використання потенціалу психологічних методів (або як монопольних, що витіснили медикаментозні, або як додаток до медикаментозних, але при істотному зниженні ролі останніх).

У 1990 році Американська академія педіатрів виступила проти виключного застосування медикаментів при лікуванні ГРДУ, науковці дійшли висновку, що медикаментозній терапії повинна передувати і супроводжувати його психолого-педагогічна та поведінкова корекція. Відповідно в подальших дослідженнях пріоритетною стає когнітивно-поведінкова терапія, а медикаменти застосовуються тільки в комплексі з психолого-педагогічними методиками [190].

Як засвідчує міждисциплінарний аналіз теоретичних досліджень і практичних розробок, будь-яка спроба ізольованого (біологічного,

виховного, педагогічного, психокорекційного, психотерапевтичного) впливу має великий шанс стати недостатньо ефективною [178].

Апробовані напрямки розвивально-корекційної роботи (А. Семенович, 2002; Н. Пилаєва, Т. Ахутина, 1997; Я. Обухів, 1998; Н. Семаго, 2000; А. Сиротюк, 2003; Е. Лютова, Г. Моніна, 2002; І. Алексеева, 2011) опираються на принцип відновлення дефіцитарних функцій в розвитку. Проте вкрай мало програм, які розглядають проблеми розвитку дитини з ГРДУ в комплексі з проблемами в сім'ї, колективі однолітків та супроводжуваних розвиток дитини дорослих, засновані на мультимодальному підході [3; 11; 82; 133; 137].

Більшість авторів дійшла висновку, що корекційні програми повинні бути орієнтовані на вік 5-8 років [18; 24; 35; 40; 82; 129 та ін.]. В. Чудновський припускає, що саме дошкільний вік є сприятливим до психокорекційних впливів, а організм дитини «податливим». Це пояснюється тим, що нервова система дитини перебуває в процесі становлення, інтенсивно розвиваються основні властивості нервових процесів. Тому саме в дошкільному віці рекомендується проводити цілеспрямовану й організовану психокорекційну роботу в поведінковій сфері розвитку дитини для отримання позитивних і стійких результатів [175].

Теоретичний аналіз зарубіжних і вітчизняних досліджень, в яких визначалася ефективність різних методів психокорекції ГРДУ, дозволив визначити ефективність суто психологічних методів корекції та виділити деякі загальні закономірності.

Загальна картина ГРДУ і динаміка проявів гіперактивності дуже індивідуальні – один і той же психокорекційний метод може в однієї дитини покращити одну групу показників (наприклад, пов'язаних з надмірною емоційністю) і не змінити іншу (наприклад, пов'язану з увагою), а в іншій – навпаки; чи в однієї дитини привести до покращення кількох різних показників, а в іншій – не змінити жодного. З урахуванням цього факту

результати впливу доцільно оцінювати, передусім, за середньостатистичними показниками, за певною загальною тенденцією, яка все ж «проглядається» крізь безліч індивідуальних варіацій.

Будь-який з досліджених методів психокорекції дає більший або менший позитивний ефект порівняно з контрольною групою і при порівнянні досягнутого стану з початковим. Це означає, що ГРДУ піддається (тією чи іншою мірою) різним методам корекції, в тому числі і чисто психологічним. При цьому кожен метод впливає на досить широкий спектр психічних і поведінкових показників (загальна уважність, спілкування, рухова розгальмованість тощо), проте жоден із них не долає проблему розладу повністю.

Порівняльна оцінка ефективності різних методів ускладнена тим, що в різних дослідженнях застосовувалися різні діагностичні методики, фіксувалися переважно різні показники, брали участь діти з ГРДУ різного віку тощо. При цьому цілком може виявитися так, що якщо ми візьмемо один показник (наприклад, концентрація уваги), то ієрархія ефективності методів корекції буде однією, а якщо інший показник (наприклад, імпульсивність або емоційну нестійкість), то зовсім іншою.

Результати свідчать, що поєднання будь-яких двох методів корекції дає ефект дещо кращий, ніж кожен із них зокрема. Також показово, що будь-який метод корекції непогано поєднується з будь-яким іншим, і немає такої пари, де б методи були несумісні один з одним або зводили б нанівець взаємні результати. Це означає, що можливий пошук не лише принципово нових методів корекції, але і їх певного поєднання.

При цьому різні психологічні і поведінкові показники піддаються корекції різною мірою. Найкраще коригуються показники, пов'язані зі спілкуванням, трохи гірше – з емоційністю та імпульсивністю. Найменше піддаються корекції (але все ж покращуються) – показники уваги. Кожен

метод зачіпає широкий спектр показників, при цьому цей спектр у кожної дитини досить індивідуальний [129].

Отже, доцільно визначити й охарактеризувати найбільш ефективні, тобто апробовані методи психокорекції гіперактивного розладу з дефіцитом уваги.

Ефективною формою надання психологічної допомоги дітям з ГРДУ є *психотерапія*. Даний вид допомоги може бути результативним в запущених випадках розладу уваги з гіперактивністю, коли дитина вже пізнала на собі всі негативні наслідки цього захворювання. Психотерапія може допомогти дітям любити і приймати себе такими, якими вони є, незважаючи на розлад (Т. Спенсер, Ж. Бідерман) [151; 194].

Багато вчених (Р. Барклі, У. Брек, С. Голдштейн, Ф. Петерман, О. Романчук) розглядають *біхевіоральну терапію* як найбільш адекватний і ефективний напрямок психокорекційного впливу при дитячій гіперактивності. Така терапія діє на основі оперантного підкріплення, коли одні, бажані реакції і стани, підкріплюються позитивно, а інші, небажані – негативно [18; 129; 189; 194].

Деякі автори відмічають також ефективність когнітивно-поведінкової модифікації цього напрямку (Д. Майхенбаум). Активно розробляються і впроваджуються тренінги самоінструкцій і тренінги соціальних умінь тощо.

Окремим різновидом біхевіоральної терпії є *тренування виконавчих функцій*. Немає жодних сумнівів, що увагу і здатність контролювати рухи і поведінку необхідно тренувати. Це можна робити за допомогою спеціальних ігор, настільних або рухливих, таких, що обов'язково розвивають якусь одну функцію. Такі вправи мають бути систематичними і з наростаючою складністю [11; 35; 50; 69; 79; 84; 164 та ін.].

Слід враховувати фізіологічні і психологічні особливості дитини. Провідною діяльністю в дошкільному віці є гра (Л. Виготський), отже, саме ігрові методи мають більші шанси на успіх в системі психокорекції ГРДУ.

В. Оклендер вважає, що дієвими є ті методи психокорекційної роботи, які дозволяють зняти напругу і дають дитині змогу реалізувати її потреби [103].

Більшість авторів вказує на ефективність *ігрового групового тренінгу*. Теоретико-методичну основу такого тренінгу заклали Г. Моніна, О. Лютова-Робертс, Л. Чутко. В основу таких тренінгів повинні лягти ігри на відновлення дефіцитарних функцій та ігри на взаємодію дорослого і дитини або дітей між собою. Результативність такого тренінгу буде кращою, якщо в групу будуть включені батьки [93; 160; 176; 177].

В сучасній психотерапевтичній практиці існує чимало методик, які можуть бути корисними у складі системної і комплексної корекції поведінки дитини з ГРДУ. Серед дієвих методів психотерапії для гіперактивних дітей відзначають метод візуалізації та аутогенне тренування.

Візуалізація – це уявне злиття з уявним предметом, картиною або процесом, вона створює сприятливий ефект і умови для відновлення розумової і фізичної рівноваги. Візуалізацію використовують для розслаблення і стимуляції захисної системи організму [24, с. 149].

Аутогенне тренування вперше як самостійний метод психотерапії був запропонований німецьким психіатром і психотерапевтом Й. Шульцом в 1932 році. Даний метод передбачає серію вправ, за допомогою яких людина свідомо керує функціями організму. Розслаблення м'язів знижує артеріальний тиск, сповільнює серцебиття, настає «стан спокою». Аутогенне тренування сприяє зниженню рухового дисбалансу, емоційної збудливості, поліпшує координацію в просторі, руховий контроль, підвищує концентрацію уваги. Гіперактивні діти часто бувають напружені і надмірно збуджені, тому в програму корекції обов'язково слід включати релаксаційні вправи. Це допомагає їм розслабитися, знижує психологічний дискомфорт в незнайомих ситуаціях і сприяє успішнішому виконанню завдань [24, с. 150]. Застосовуються також і складніші варіанти релаксації, – наприклад, ті, що пропонують уявити себе лежачи на пляжі або купаючись на хвилях тощо, а

потім перенести цей стан спокою і розслаблення на поточні життєві ситуації: на ігри з однолітками, на навчальне заняття, на виконання навичок самообслуговування або різних побутових доручень.

Деякі дослідники відзначають ефективність корекції гіперактивності *методом трансцендентальної медитації (ТМ)*, розробленого в сучасному варіанті на основі древніх традицій тибетських і індійських йогів [51].

ТМ практикується і для дітей від 5 до 10 років, сидячи в зручній позі один раз уранці і один раз увечері, але з розплющеними очима і лише по 5 хв. Перебуваючи в розслабленому, близькому до напівсонного стані (але все-таки у стані неспання), дитина подумки промовляє спеціально підібрані для неї звуки (мантру), що сприяють її заспокоєнню. Вимовляння мантри (у редукованому внутрішньому мовленні) призводить до того, що розум поступово відволікається від усіх інших зовнішніх (і внутрішніх) вражень і перебуває в стані хоча й пасивної, проте безсонної свідомості. Відбувається ненав'язливе, без будь-яких зусиль зосередження розуму на мантрі, а всі інші сторонні враження загальмовуються, і мозок поступово тренується перебувати в стані такої спокійної, дуже легкої для утримування, але водночас досить тривалої концентрації. При цьому мозок і нервова система отримують дуже ефективний відпочинок і здатність до гармонійної і злагодженої роботи.

Досвід показав, що діти із ГРДУ, незважаючи на наявні проблеми з увагою і поведінкою, цілком нормально засвоюють ТМ і адекватно її практикують, – щоправда, в перші місяці це краще робити в групах дітей під контролем фахівця (Є. Заїка, С. Готвянський, 2010). Доведено, що діти із ГРДУ здатні навчатися ТМ, починаючи з 6 років [50; 51; 130].

Сімейна психотерапія та психологічний супровід батьків – необхідна складова психокорекційної програми допомоги дітям із ГРДУ. Корекція поведінки дитини з гіперактивним розладом не може бути успішною без корекції поведінки її дорослого оточення. Такі діти вважаються «важкими»

для тих, хто систематично і постійно з ними спілкується. Якщо зважити, що і в дитячому колективі така дитина не знаходить прийнятної місця через свою деструктивну поведінку, то стає зрозумілою загроза дезадаптації. Основне правило, яке потрібно засвоїти дорослим: боротися потрібно не з дитиною, а разом із нею – проти хворобливого розладу її поведінки [31].

Системна мультимодальна корекція гіперактивності у дітей дошкільного віку обов'язково повинна включати *фізичну реабілітацію*. Це спеціальні вправи, спрямовані на відновлення поведінкових реакцій, вироблення скоординованих рухів із довільним розслабленням скелетної і дихальної мускулатур [29; 104]. Необхідність підвищеної рухової активності для дітей з ГРДУ базується на результатах досліджень З. Тржесоглави (1973) та інших, які виявили у дітей з гіперактивним розладом розбалансування іннервації серцево-судинної системи [159]. Більшість експериментів доводить, що механізм поліпшення самопочуття пов'язаний із посиленням утворенням при тривалій м'язовій активності особливих речовин – ендорфінів, які позитивно впливають на психічний стан людини [178]. Проте не всі види фізичної активності можуть бути корисними для дітей з ГРДУ. Не варто пропонувати ігри із сильно вираженим емоційним компонентом (змагання, естафети тощо). Рекомендуються фізичні вправи, що мають аеробний і ритмічний характер: тривалі прогулянки, біг, плавання, їзда на велосипеді [24].

Встановлено, що дитина проявляє ознаки гіперактивності набагато менше, залишаючись наодинці з дорослим, особливо в тому випадку, коли між ними налагоджено емоційний контакт.

О. Тохтамиш запропонував *методику ескалації тактильного контакту (ЕТК)* як модифікацію поширеного методу «холдинг-терапії», вперше описаного американським психіатром М. Уелч (1983). Він актуалізує роль тактильного (гаптичного) сприймання у розвитку дитини з симптомами гіперактивності і дефіциту уваги. Теоретично досліджено зв'язок

прихильності та холдингу як феноменів тісного емоційного зв'язку батьків з дитиною раннього віку, з її гармонійним розвитком. Результати експериментальної апробації цієї методики показали, що близько 70% батьків указують на значне покращення поведінки дитини після занять. Найбільш помітними при цьому є зміни у взаємодії дитини з оточуючим соціальним середовищем та проявом таких рис поведінки і характеру, як стійкість уваги, здатність бути спокійним, товарищескість, контактність. Одним з основних стабілізуючих факторів при застосуванні цієї методики є можливість емоційної регуляції дитиною своїх почуттів через інтенсифікацію спілкування з батьками [156].

Малодослідженою, але перспективною, на нашу думку, формою психотерапевтичної роботи з гіперактивними дітьми є *арт-терапія* та креативні методи психокорекції. Тільки на початку 90-х років арт-терапію в Україні почали активно використовувати у психокорекційних цілях. Сучасна психологія в пошуку ефективних засобів корекції все більше орієнтується на використання мистецтва в процесі навчання і виховання дітей з проблемами розвитку. Про позитивний вплив мистецтва на розвиток дитини вказував ще Л. Виготський, відзначаючи особливу роль художньої діяльності як у розвитку вищих психічних функцій, так і в активізації творчих проявів дітей в різних видах мистецтва, коли під впливом мистецтва з'являється естетична реакція, що змінює дію «афекту від болісного до такого, що приносить насолоду» [26, с. 55].

Корекційні можливості арт-терапії зумовлені наданням дитині з проблемами розвитку можливостей для самовираження і саморозвитку, самоствердження та самопізнання. Створені дитиною в процесі арт-терапії творчі роботи та їх визнання дорослими підвищують її самооцінку. В процесі арт-терапевтичної роботи з гіперактивними дітьми доречно пропонувати матеріали, що вимагають структурування діяльності, тонкої сенсомоторної координації, самоконтролю роботи.

Образотворча терапія – терапевтичний вплив засобами образотворчого мистецтва – має низку переваг у роботі з дітьми, що мають гіперактивний розлад з дефіцитом уваги. Для розвитку тонкої моторики рук і зорово-рухової координації вітчизняні психологи радять використовувати вправи з використанням різних образотворчих засобів: змальовування графічних зразків, обведення або вирізання по контуру геометричних фігур різної складності, розфарбовування і штрихування [11; 24; 53; 66; 77 та ін.].

Практичні дослідження доводять, що застосування образотворчої терапії в корекційній роботі з гіперактивними дітьми забезпечує ефективну позитивну емоційну реакцію, полегшує процес комунікації, невербальний контакт як опосередкований продукт арт-терапії створює сприятливі умови для розвитку довільності і здатності до саморегуляції, підвищує впевненість у собі, розвиває моторику, тобто в цілому сприяє розвитку базових функціональних навичок. Образотворча терапія полегшує процес комунікації гіперактивної дитини з однолітками, педагогом, іншими дорослими. Спільна участь у художній діяльності сприяє взаємному прийняттю, емпатії [77].

Музикотерапія застосовується як допоміжний метод у поєднанні з іншими. Цей вид терапії ефективний в корекції емоційних станів, надмірної рухової активності, розладів мовлення, які властиві дітям з ГРДУ. Бажано, щоб музика була в живому виконанні, тоді терапевт має можливість змінювати темп, тембр, ритмічний малюнок, силу звуку і врівноважувати емоційний стан дитини.

На сучасному етапі розвитку напрямів психотерапії існує чимало нових методів, які можуть бути ефективними в програмі психокорекційної роботи: піскова терапія, іпотерапія, дельфінотерапія та інші. Проте вони вимагають спеціальних умов застосування і наукових досліджень їх ефективності в роботі з гіперактивними дітьми.

Необхідно зазначити, що у гіперактивної дитини гіпертрофовані функції правої півкулі, тому найбільш ефективно психокорекційна робота з

нею відбувається не на раціонально-логічному, а на емоційно-ціннісному рівні. У цьому відношенні добре зарекомендувала себе *казкотерапія* (Р. Ткач, Т. Зінкевич-Євстигнєєва). Завдання казкотерапії полягають у тому, щоб через спільне вивчення казкових ситуацій, оцінки змін, що відбуваються з героями казок, пробудити в гіперактивній дитині творця, тобто, актуалізувати в дитині «дрімаючу» творчу силу й направити її на пізнання внутрішнього і навколишнього світів. Психокорекційні казки призначені для м'якого опосередкованого впливу на поведінку дитини. Вони «заміщають» неефективний стиль поведінки на більш продуктивний. Р. Ткач в своїй праці «Казкотерапія дитячих проблем» рекомендував окремі казки для психотерапевтичної роботи з гіперактивними дітьми [153].

Сюжети пропонованих казок, що створюються для терапії, обов'язково містять можливості для зміни героїв казки, а також ситуації вибору, що вимагають від них відповідального рішення. Наприклад, казка починає підказувати, що неконтрольована поведінка, агресивність чи байдужість до людей і до себе самого приводить до негативних наслідків.

Отже, практично усі досить широко використовувані методи психокорекції ГРДУ характеризуються тією чи іншою (більшою чи меншою) ефективністю. Проте слід мати на увазі, що пряме перенесення зарубіжних підходів і методів на наші вітчизняні реалії навряд чи доцільне, адже патопсихологічні порушення і розлади в різних культурах і соціально-економічних спільнотах мають свої особливості розвитку, перебігу і відповідно корекції.

Описані вище методи корекції ГРДУ досить широко використовуються в зарубіжній практиці, проте дуже мало досліджень, які б вивчали вплив різних методів корекції дитячої гіперактивності у вітчизняних умовах. В Україні у 2006 році було запропоновано пілотний проект навчально-реабілітаційного центру «Джерело» (м. Львів) – «Програма раннього втручання для дітей з ГРДУ та їх батьків», в ході якого реалізувалася

програма мультидисциплінарної, сімейно-центрованої допомоги дітям з ГРДУ. Однак розробка подібних програм вкрай необхідна на науковому і загальнодержавному рівні.

3.2. Типова суб'єкт-орієнтована програма психокорекції гіперактивності у дошкільників та особливості її впровадження

Аналіз проблеми дитячої гіперактивності показує, що для психокорекційної роботи з такими дітьми буде дієвим виключно комплексний підхід, тобто участь у процесі психокорекції повинні брати одночасно і фахівці, і батьки дитини з ГРДУ. З іншого боку, опора на постульований у нашій роботі принцип інтегральної суб'єктності передбачає стимулювання і впорядкування психосоматичних функцій гіперактивних дошкільників, виходячи з можливостей їх віку, на принаймні трьох рівнях – організмичному (відносносуб'єктному), індивідному (моносуб'єктному) й особистісному (полісуб'єктному).

Оскільки психокорекційний процес – це комплекс психолого-педагогічних впливів, спрямованих на виправлення в дітей недоліків розвитку, то у вужчому значенні (і в нашому випадку) психокорекцію гіперактивності можна розглядати як метод психологічного впливу, спрямований на розвиток дефіцитарних психічних процесів і функцій дитини, усунення проблем поведінкового характеру і гармонізацію розвитку її особистісних властивостей, що, власне, узгоджується з пріоритетними рівнями суб'єктності старших дошкільників з ГРДУ. Психокорекційна робота з гіперактивними дітьми повинна будуватися не як просте тренування вмінь і навичок, а як цілісна усвідомлена діяльність. При цьому важливо проводити роботу як із самою дитиною для корекції розладу, так і з умовами її життя, виховання і навчання.

З огляду на вищесказане і враховуючи гостру необхідність в комплексному підході до проблеми ГРДУ, нами було розроблено типову комплексну (із залученням батьків, вихователів, психологів та медичних працівників дошкільних закладів) мультимодальну (з використанням релевантних проблемі різноманітних психотерапевтичних методів) суб'єкт-орієнтовану програму психокорекції гіперактивності для дітей дошкільного віку. Під час побудови програми ми проаналізували основні вже втілені програми зарубіжних дослідників, зокрема: програму нейропсихологічного розвитку і корекції дітей з синдромом дефіциту уваги і гіперактивності А. Сиротюка [137]; програму психокорекційних занять з гіперактивними дітьми в дитячому садку І. Арцишевської [11] та програму поведінкового керівництва для дітей з ГРДУ Р. Барклі [19; 188].

Запропонована нами програма корекції розрахована на дітей старшого дошкільного віку з гіперактивним розладом і дефіцитом уваги, а також на дітей, які проявляють ознаки гіперактивності, імпульсивності, неуважності та мають легкі рухові розлади.

Складаючи програму, ми визначили мету, завдання корекції, принципи, умови, методи і засоби психокорекційного впливу.

Метою типової програми психокорекції гіперактивності дошкільників була реалізація суб'єктного підходу до дітей з ГРДУ на рівні актуального – відносно (умовно) суб'єктного – розвитку, що передбачає тренування дефіцитарних функцій з метою гальмування імпульсивних реакцій та розвитку антиципації власних дій, з поступовим проникненням у зону найближчого розвитку – на моносуб'єктний рівень, що передбачає розвиток самоконтролю поведінки з метою формування адекватної самооцінки і раціонального рівня домагань, а також полісуб'єктного рівня з відпрацюванням деяких навичок з репертуару комунікативної компетентності задля формування просоціальної спрямованості поведінки

(гуманне ставлення до оточуючих, бережливе ставлення до довкілля, розвиток толерантності, емпатії тощо).

Завдання комплексної психокорекційної програми:

- провести комплексну діагностику дитини, в якій наявні симптоми гіперактивного розладу з дефіцитом уваги;
- тренувати дефіцитарні функції гіперактивної дитини (неуважність, імпульсивність та надмірну рухливість);
- нормалізувати обстановку в сім'ї дитини, її взаємини з батьками та іншими дорослими; навчити членів сім'ї уникати конфліктних ситуацій;
- встановити контакт з дошкільними вихователями та педагогами, ознайомити їх з інформацією про сутність і основні прояви ГРДУ, ефективними методами роботи з гіперактивними дошкільниками;
- домогтися підвищення у дитини самооцінки, впевненості у власних силах за рахунок засвоєння нею нових навичок, досягнення успіхів у навчанні та повсякденному житті;
- визначити сильні сторони особистості дитини і добре розвинені у неї вищі психічні функції й навички для того, щоб опиратися на них у подоланні наявних труднощів;
- привчити дитину до дисципліни, прищепити їй акуратність, навички самоорганізації, здатність планувати і доводити до кінця початі справи; розвинути у неї почуття відповідальності за власні вчинки;
- навчити дитину поваги до оточуючих людей, правильного мовленнєвого спілкування, контролю за власними емоціями і вчинками, виробити навички ефективного соціального взаємодії з оточуючими людьми.

При побудові комплексної суб'єкт-орієнтованої мультимодальної програми психокорекції дитячої гіперактивності ми опиралися на такі ***принципи:***

- єдності діагностики і корекції;
- урахування вікових та індивідуально-психологічних особливостей;

- комплексності методів психологічного впливу;
- активного залучення соціального оточення до участі в психокорекційній програмі (батьків та вихователів);
- опори на різні рівні організації психічних процесів;
- зростання складності;
- урахування емоційного забарвлення матеріалу [186].

Запропонована типова психокорекційна програма для дітей з ГРДУ спрямована не тільки на корекцію відхилень у розвитку, але і на оптимізацію розвитку за рахунок інтенсифікації сильних сторін через механізм компенсації, а також створення сприятливих умов для найповнішої реалізації можливостей гармонійного розвитку особистості.

Завдання психокорекції гіперактивності дошкільників випливають із обґрунтованих у підрозділі 2.1 методологічних позицій, які відображені на рисунку 3.1. Центральні блоки запропонованої моделі утворюють рівні розвитку цілісної особи, розглянуті з точки зору принципу інтегральної суб'єктності. Ліворуч розміщені завдання психокорекції гіперактивності, пов'язані з розвитком функціонально-суб'єктних (психосоматичних, регуляторних) механізмів (здатностей) дошкільників, які репрезентують вплив на причини ГРДУ (каузальний аспект принципу). Праворуч розміщені завдання психокорекції гіперактивності, пов'язані з розвитком ціннісно-цільових (і потребово-мотиваційних) інтенцій, які репрезентують вплив на вікові норми вихованості дітей з ГРДУ (телеологічний аспект принципу). Прикметно, що перший (найнижчий) умовно суб'єктний рівень, затемнений на рис. 3.3 блок, відображає рівень актуального розвитку гіперактивних дітей особливо в частині незрілості мозкових, нейрофізіологічних функцій та самоконтролю. Два інші рівні, розміщені над ним, що охоплюють моно- і полісуб'єктний рівні функціонування особи, окреслюють зону найближчого розвитку (і можливість активної психокорекційної роботи) дітей з ГРДУ; найвищі ж рівні суб'єктності (мета- й абсолютний) становлять віддалену

Оперспективу корекційно-розвивальної та просвітницько-виховної роботи й доступні на вищих щаблях онтогенезу (рис. 3.1).

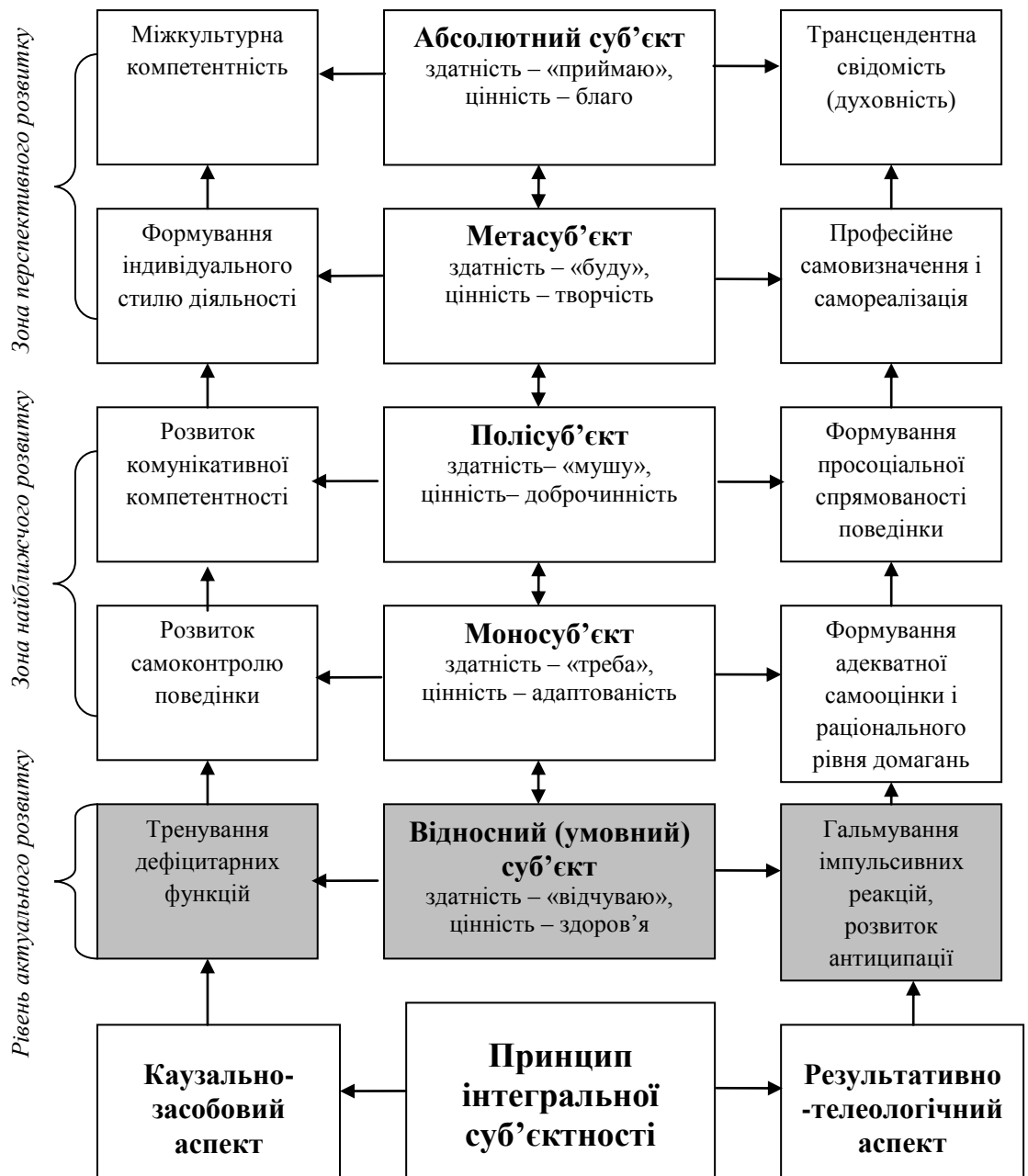


Рис. 3.1. Фундаментально-технологічна модель психокорекції гіперактивності дошкільників

Найважливішими проблемними точками психокорекції гіперактивності дошкільників стали:

- розвиток дефіцитарних функцій (уваги, контролю поведінки, рухового контролю (дана робота проводилася поетапно, починаючи з розвитку

однієї дефіцитарної функції, після закріплення стійких позитивних результатів можна переходити до формування одночасно двох функцій, ця робота здійснюється лише в індивідуальній формі);

– відпрацювання конкретних навичок взаємодії з дорослими та ровесниками, включення гіперактивної дитини у групові види взаємодії (спочатку заняття і вправи проводилися в малих психокорекційних групах і лише після цього гіперактивні діти долучалися до загальногрупових занять);

– робота з гнівом (за потребою) – на практиці гіперактивність часто зумовлена несформованістю комунікативних навичок старшого дошкільника, що веде до дезадаптації у групі ровесників, отож корекційна програма реалізувалася в індивідуально-груповій формі.

Проаналізуємо зміст основних *напрямів* психокорекційної роботи практичного психолога з гіперактивною дитиною на трьох рівнях функціонування особи як інтегрального суб'єкта (див. Додаток Д).

Розкриємо детальніше *каузальний аспект* фундаментально-технологічної моделі психокорекції гіперактивності дошкільників, що передбачає розвиток психосоматичних та регуляторних механізмів, які репрезентують вплив на причини ГРДУ. Тренування дефіцитарних функцій (*рівень відносного суб'єкта*) відбувалося з наростанням складності. Спочатку використовувалися вправи для тренування однієї функції. До прикладу, вправа «Що нового?» (І. Брязгунов, 2008) має на меті розвинути вміння концентрувати увагу на деталях. Психолог крейдою малює на дошці будь-яку фігуру. До дошки по черзі підходять діти і домальовують деталі, створюючи певну картинку. Коли дитина біля дошки домальовує свій елемент, – всі інші учасники заплющують очі, а потім за командою дорослого визначають, що ж змінилося? Чим довше триває гра, тим важче знаходити нові деталі на малюнку. Така вправа може використовуватися і в індивідуальній роботі: тоді деталі домальовують дитина і психолог по черзі, але, як показав наш

досвід, гіперактивні діти дошкільного віку успішно справляються з роботою над таким завданням в групі. Зокрема психологами було відмічено, що при включенні в дану гру дітей без ознак гіперактивності спостерігалось зниження активності гіперактивних дітей, так як їм було важче відгадувати деталі, а інші діти робили це швидше. Психологу важливо частіше надавати право відповіді гіперактивним дітям, зосереджувати їх увагу, а роботу інших учасників використовувати як позитивний приклад. Ще одна використана нами вправа на тренування концентрації уваги – вправа «Гамір» (Є. Коротаєва, 1997) є груповою і може передбачати участь дітей без ознак гіперактивності. Один з учасників групи (обов'язково гіперактивна дитина) виходить за двері. Група разом із психологом вибирає просте речення або фразу з відомої всім пісні і розподіляють кожному учаснику по одному слову (не більше 4-5 слів). Коли заходить дитина, всі учасники одночасно хором починають вимовляти своє слово, утворюючи «гамір». Завдання дитини зібрати речення чи фразу з почутих нею слів. До програми психокорекційних занять ми включили й інші вправи та ігри, спрямовані на тренування дефіцитарних функцій: «Знайди відмінність» (Є. Лютова, Г. Моніна, 2007), «Заборонений рух» (Н. Кряжева, 1997), «Час тиші і час «Можна!» (Н. Кряжева, 1997), «Замри» (М. Чистякова, 1990) тощо [20; 24; 93; 94; 106].

На наступних заняттях вводили вправи та ігри на тренування двох або й трьох функцій одночасно. Для прикладу проаналізуємо вправу «Нумо, привітаємося» (Є. Касатикова, 2008) [24]. Її мета – тренувати вміння переключати увагу, діяти за правилами і знімати м'язову напругу. Діти за сигналом психолога починають хаотично рухатися по кімнаті і вітатися зі всіма, хто їм зустрічається, але за певними правилами: 1 хлопок – вітаємося за одну руку, 2 хлопки – вітаємося дотиком плечей, три хлопки – вітаємося спинками. Тактильні відчуття під час цієї вправи дають можливість гіперактивній дитині відчути своє тіло і зняти напруження м'язів. А

необхідність слухати команди психолога тренує функцію переключення уваги. Для повноти тактильних відчуттів під час гри вводиться заборона на розмови. Або розглянемо ще одну групову вправу на тренування уважності, вольової регуляції та вміння діяти за правилами – «Кричалки-шепталки-мовчанки» (І. Шевцова, 2004) [24]. З кольорового картону виготовляються долоньки: червона, жовта та синя. Це сигнали для дітей. Коли психолог піднімає червону долоньку, – дітям можна кричати, бігати, шуміти; коли піднімає жовту долоньку, – треба тихо рухатися і говорити пошепки; коли з'являється синя долонька, потрібно завмерти на місці, не рухатися і не розмовляти. Спочатку гіперактивним дітям важко виконувати ці команди, але вони бачать приклад з боку інших дітей і поступово виконують правила гри. Завдання психолога – поступово збільшувати тривалість жовтої долоньки, яка передбачає заспокоєння гіперактивної дитини.

Також під час кожного психокорекційного заняття ми використовували вправи на розвиток дрібної моторики як дефіцитарної функції у гіперактивних дітей. Зокрема використовували пальчикові гімнастики «Сорока-ворона», «Пальчики-пружинки», «Розмова друзів», «Ланцюжки» (Є. Лютова, Г. Моніна, 2007) [83; 94; 106] тощо, конструювання різноманітних фігур з дрібних деталей (конструктор, пазли), елементи образотворчої терапії, наприклад, виготовлення аплікації «Хмара, дощик і трава». Психолог роздає дітям готові малюнки, які вони мають доповнити аплікацією: з паперу вирізати хмаринки, приклеїти крапельки дощу з рисової крупи, а травичку з нарізаних зелених ниток. Цю вправу можна виконувати як індивідуально з гіперактивною дитиною, так і в групі, ведучи спостереження і фіксуючи, що саме гіперактивній дитині вдається, а що зробити важче у порівнянні з іншими дітьми.

Проаналізуємо психокорекційну роботу на *моносуб'єктному рівні*, що передбачає потребу гіперактивної дитини відповідати встановленим вимогам, розвиток вміння контролювати свої дії, адаптуватися в соціальному

середовищі. З цією метою ми використовували вправи та ігри на розвиток самоконтролю поведінки. Для прикладу проаналізуємо вправу «Розмова з руками» (І. Шевцова, 1997) [83], яку ми використовували в індивідуальній роботі з гіперактивними дітьми. Гіперактивна дитина в середовищі групи ДНЗ часто проявляє деструктивну поведінку, може щось ламати, завдавати шкоди іншим і навіть битися. Дитині пропонується на папері обвести свої долоньки (виконується за допомогою психолога). Потім пропонуємо уявно «оживити» долоньки, домальовуємо пальчикам очки, ротик, розфарбовуємо їх. Після того починаємо розмову з ними: «Хто ви?», «Як вас звати?», «Що ви любите і що ви не любите робити?», «Які ви?» та ін. Якщо гіперактивна дитина не включається в розмову, психолог розпочинає цей діалог сам. При цьому варто підкреслювати, що руки хороші, вони багато чого вміють робити (малювати, складати конструктор, ліпити), але іноді не слухаються свого господаря. Закінчити гру треба «укладанням договору» між руками і гіперактивною дитиною. Нехай руки пообіцяють, що протягом 2-3 днів (у випадку роботи з гіперактивною дитиною спочатку часові рамки мають бути якомога коротшими) вони постараються робити тільки добрі справи: будуть майструвати, вітатися, гратися і не будуть нічого ламати і нікого кривдити. Дитина погоджується на такі умови, але через домовлений проміжок часу потрібно знову «порозмовляти з руками» й укласти договір вже на триваліший проміжок часу, слід обов'язково похвалити слухняні руки та їх господаря. На наступних етапах реалізації програми ми використовували вправу «Розмова з тілом» (модифікація вправи «Розмова з руками») та вправи на тренування контролю імпульсивності («Перегони для черепах») [83; 24].

Ефективною і дієвою була також вправа «Клубочок» (І. Брязгунов) [24, с. 181], яку ми використовувати як базову, коли необхідно заспокоїти чи вгамувати гіперактивну дитину в процесі психокорекційних занять чи звичайних занять з вихователем у групі ДНЗ. Суть її в тому, що вона

поступово привчає гіперактивну дитину до саморегуляції. Дитині, яка «розбушувалася» і не піддається контролю, пропонують змотати в клубочок яскраву нитку (бажано товсту для легшого змотування). Розмір такого клубочка може з кожним разом збільшуватися. Дорослий повідомляє дитині, що цей клубочок не звичайний, а чарівний. Як тільки хлопчик чи дівчинка починають його мотати, зразу ж заспокоюються. Згодом ця гра стає звичною для дитини, і вона сама братиме до рук клубочка, коли відчує, що втомлена, роздратована або надмірно збуджена. Такий клубочок ми порекомендували мати батькам і вдома як один з методів заспокоєння дитини, коли вона стає некерованою.

Для розвитку комунікативної компетентності (*рівень полісуб'єкта*), тобто вміння спілкуватися і взаємодіяти з оточуючими, ми використовували сюжетно-рольові ігри та елементи казкотерапії, зокрема інсценізації казки. Робота на цьому рівні передбачала груповий характер, бажаним було включення в такі заняття дітей з нормальним розвитком. Психолог або вихователь пропонує сюжет, проводить його обговорення (встановлює умови комунікації і взаємодії відповідно до сюжету), діти розподіляють між собою ролі. Потрібно слідкувати, щоб гіперактивні діти брали на себе якомога активніші ролі, сприймали і розуміли свої права і обов'язки в процесі гри. З цією метою ми використовували звичайні сюжетно-рольові ігри для дітей дошкільного віку: гра в магазин, гра в «дочки-матері», гра в лікарів тощо. Так, наприклад, психолог пояснює, що лікар, якщо він лікує хворого, повинен бути врівноваженою і поважною людиною, він може зажадати від хворого показати язик, виміряти температуру, тобто вимагати, щоб пацієнт виконував його вказівки (гіперактивній дитині слід побувати і в ролі лікаря, і в ролі пацієнта). У таких іграх діти схильні відображати свій навколишній світ, вони можуть відтворювати сцени із життя своєї сім'ї, манери спілкування і взаємодії своїх батьків та дорослих, які їх оточують. В дошкільному віці така гра може бути досить тривалою в часі (до 30 хв.).

Психолог спостерігає за грою, коригує її перебіг таким чином, щоб якомога частіше залучати гіперактивних дітей до комунікації і взаємодії з іншими учасниками гри. Варто підкреслити, що у сюжетно-рольовій грі, крім ігрових взаємин, паралельно формуються і реальні взаємини – це відносини дітей як партнерів, товаришів, які виконують спільну справу. Таким чином тренуються навички спілкування, взаєморозуміння, взаємної допомоги, вміння узгоджувати свої дії з думкою іншого тощо.

Також у програму психокорекції ми включили заняття з казкотерапії, які теж дозволяли тренувати навички комунікації, вміння взаємодіяти. Зокрема використовували як добре відомі дітям казки: «Коза-дереза», «Колобок», так і зовсім нові, створені спеціально для гіперактивних дітей: «Зайчик та джерельце» (Р. Ткач) [153]. Обов'язковим етапом перед драматизацією казки є обговорення поведінки її героїв. Гіперактивним дітям потрібно дати змогу відчувати себе як в ролі деструктивних героїв (вовка), так і в ролі позитивних персонажів. Спитати їх: в яких ролях їм було комфортніше спілкуватися, чому? Як насправді потрібно поводитися? (обговорення моралі казки).

Розкриваючи *телеологічний аспект* фундаментально-технологічної моделі психокорекції гіперактивності дошкільників (*рівень відносного суб'єкта*), ми використовували вправи та методи психокорекції, спрямовані на гальмування імпульсивності поведінкових реакцій гіперактивних дітей, розвиток у них антиципації (вміння передбачати наслідки власних дій). На цьому напрямку психокорекції теж добре працювали методи казкотерапії. Адже в казці можна детально аналізувати сюжет, уявно змінювати його і відповідно прогнозувати і попереджати наслідки тих чи інших подій. Наприклад, «Що було б, якби козенята не відкрили двері вовкові?», «Чи подумали вони про наслідки?», «Що було б, якби колобок не втікав від діда і баби?», «Чи подумав він про безпеку, яка на нього чекає? тощо.

Важливим елементом у структурі нашої моделі психокорекції гіперактивності є формування адекватної самооцінки в гіперактивних дітей (за результатами констатувальної діагностики більшість гіперактивних дітей мають занижену самооцінку), впевненості у власних силах та раціонального рівня домагань (*рівень моносуб'єкта*). Проблеми з самооцінкою породжують, в першу чергу, неадекватно завищені очікування батьків щодо успіхів дитини, надмірні навантаження та постійна критика. Натомість потрібно навчитися створювати для гіперактивних дітей «ситуації успіху», підкреслювати їх сильні сторони, наприклад, уміння значно швидше за інших дітей виконувати доручення, складати іграшки тощо.

Ще Ш. Амонашвілі звертав увагу вихователів та батьків на те, що оцінка діяльності та поведінки дитини тільки тоді відіграє позитивну роль у вихованні, коли оцінка результатів діяльності відокремлена від оцінки особистості дитини. Тільки демонструючи позитивне ставлення до дитини, віру в її сили, дорослий може сформувати в неї впевненість у собі і прагнення до успіху [112].

Для підвищення рівня самооцінки гіперактивних дітей у структурі авторської психокорекційної програми передбачено використання наступних вправ та ігор: «Моє ім'я» (формування позитивного ставлення дитини до власного «Я», «Похвалялки» (допомагає дитині побачити свої позитивні сторони, дати відчуття, що її розуміють і цінують), «За що мене любить мама?» (формує навички до самоаналізу поведінки), «Подаруй картку» (оцінка позитивних якостей з боку інших дітей) та ін. Вихователям ми рекомендували теж використовувати різноманітні методи, що сприяють покращенню самооцінки, наприклад, влаштовувати виставки кращих робіт дітей, оформлення стенду «Наші досягнення», де обов'язково знаходити місце, щоб відзначити хоч і незначні успіхи гіперактивних дітей.

Розкриваючи телеологічний аспект принципу інтегральної суб'єктності в структурі запропонованої фундаментально-технологічної моделі

психокорекції гіперактивності дошкільників на *полісуб'єктному рівні*, ми ставили перед собою мету формування в гіперактивних дітей поведінки просоціальної спрямованості, а також здатності до емпатії та доброчинності. Розглядаючи ознаки асоціальної поведінки (за З. Карпенко): нехтування дитиною своїми обов'язками і невиконання обіцянок; неприйняття критики, ворожість до людей, які прагнуть тримати дитину в соціально допустимих рамках; нестійкість бажань – від бурхливих афектів до роздратування і злості; застосування силових методів вирішення конфліктів та ін.), – бачимо, що більшість цих проявів поведінки характерні для дітей з ГРДУ. В даному випадку причиною асоціальності є крайня нестійкість нервових процесів при наявності нових додаткових умов і обставин. Для профілактики асоціальної поведінки (діагностика асоціальної поведінки на констатувальному етапі дослідження показала, що більш як половина гіперактивних дітей (59%) має середній або високий рівень асоціальності) ми застосували елементи експресивної психотехніки для дітей З. Карпенко, зокрема вправи, етюди, ігри та бесіди, спрямовані на психокорекцію асоціальної поведінки [62, с. 61].

Отже, запропонована суб'єкт-орієнтована програма включала систему спеціально підібраних вправ, ігор та методик психокорекційної роботи з гіперактивними дошкільниками, передбачала комплексний підхід і працювала в зонах актуального і найближчого розвитку гіперактивної дитини. Реальні можливості задіяти вищі рівні суб'єктності гіперактивних дітей можна забезпечити в процесі занять психогімнастикою, які виступають природним продовженням реалізації типової програми психокорекції гіперактивності.

Психогімнастика, на думку М. Чистякової, – це курс спеціальних занять (етюдів, вправ, ігор), спрямованих на розвиток і корекцію різних сторін психіки дитини – її пізнавальної та емоційно-вольової сфер. Запровадження психогімнастики дозволяє поставити навчально-виховний процес у дитячому

садку та школі на глибинну психологічну основу, органічно поєднати формувальний вплив дорослого на дитину з урахуванням її природних нахилів, здібностей і забезпечити своєрідний «синдром росту» (Е. Фромм) юної особистості як основи подальшого самовизначення і життєтворчості [171].

В рамках запропонованої типової мультимодальної психокорекційної програми заняття з психогімнастики чергувалися з індивідуальними та груповими заняттями за певною структурою: в тиждень два індивідуальні заняття й одне групове заняття із залученням дітей з нормальним віковим розвитком та акцентом на арт-терапевтичні (образотворча терапія, казкотерапія) методики і одне заняття з психогімнастики. При цьому як індивідуальні, так і групові заняття за змістом періодично повторювалися. Таким чином ми могли визначити за їх перебігом, які вправи та завдання мають терапевтичний ефект для конкретної дитини, що їй подобається і вдається.

За змістом і спрямуванням психогімнастика є вдалим інструментом психокорекційного впливу, зокрема для дітей з ГРДУ, і була застосована як частина (елемент) описаної вище типової мультимодальної програми психокорекції гіперактивності старших дошкільників. Основна мета психогімнастики – це взаємна компенсація недоліків і взаємонавчання [62; 171]. Для побудови занять ми використали вправи, ігри, етюди та бесіди, спрямовані на зменшення дитячої імпульсивності, послаблення агресивності, виявлення і корекцію нечесної поведінки, психокорекцію асоціальної поведінки (З. Карпенко, 1997) [62].

Заняття психогімнастикою проходили у чотири етапи (З. Карпенко).

На першому етапі проводилися мімічні та пантомімічні етюди на вираження окремих емоційних станів і почуттів, а також на розвиток уваги і пам'яті.

На другому – домагалися вираження окремих якостей характеру та їх емоційного супроводу. Інсценізація та аналіз позитивних і негативних моделей поведінки персонажів сприяє виробленню правильних моральних уявлень і розширенню соціальної компетентності дітей.

Третій етап – психотерапевтична спрямованість на певну дитину або групу в цілому: корекція окремих рис характеру, тренінг спілкування.

На четвертому етапі відбувається зняття психоемоційного напруження, розслаблення, навіювання настрою, бажаних способів поведінки і особистісних якостей [62, с. 26].

Комбінація спеціально організованих психокорекційних занять з гіперактивними дошкільниками із заняттями з психогімнастики, які мали ширший спектр завдань, як буде показано в підрозділі 3.4, забезпечила позитивний навчально-виховний результат.

На основі проведеної діагностики були виявлені гіперактивні діти і відповідно сформовані психокорекційні групи в складі 5 – 8 осіб (гіперактивні та діти з нормальним розвитком) зі згоди батьків на психокорекційну роботу з ними. Програмою передбачені індивідуальні та групові заняття. В кожную групу під час групових занять включалися не тільки гіперактивні, а також і врівноважені діти для забезпечення прикладу для наслідування. При цьому заняття будувалися таким чином, щоб бути корисними і розвивальними для всіх. До психокорекційного процесу було залучено 11 гіперактивних дітей (експериментальна група):

ДНЗ № 2 «Дударик» – 2 гіперактивні дитини;

ДНЗ №3 «Берізка» – 3 гіперактивні дитини;

ДНЗ № 16 « Орлятко» – 2 гіперактивні дитини;

ДНЗ № 17 «Калинка» – 2 гіперактивні дитини;

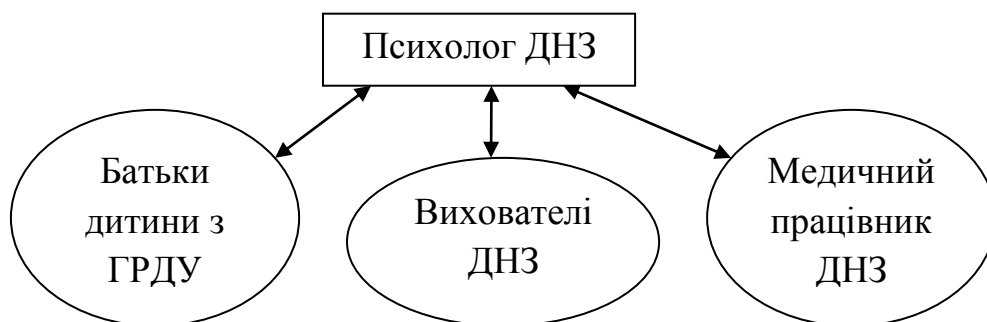
ДНЗ № 19 «Ромашка» – 2 гіперактивні дитини.

Якщо набирається більша кількість, то учасників доцільно розділити на підгрупи. Заняття рекомендовано проводити у великому просторому

приміщенні з наявністю необхідних для релаксації матів або спорядження для фізкультурних вправ. Тривалість кожного заняття – 20-25 хвилин.

Рекомендована програма може бути адаптована під конкретну групу дітей залежно від їх успіхів і нахилів, креативності та винахідливості психолога. Треба пам'ятати, що психокорекція ГРДУ носить безперервний характер, і, зберігаючи структуру програми, її можна доповнити іншими іграми і вправами.

Втілювали і реалізовували запропоновану програму психокорекції психологи зазначених вище дошкільних навчальних закладів під нашим керівництвом і контролем. Важливо було також організувати і скоординувати дії батьків, вихователів та інших фахівців в рамках психокорекції. Програма розрахована на три місяці, вона потребує попередньої психоедукації (ознайомлення зі всіма особливостями гіперактивного розладу) батьків гіперактивної дитини, підготовки та роз'яснення рекомендацій для вихователів, а також консультацій з медичним працівником ДНЗ або педіатром:



Здійсненню психокорекційної роботи передував етап комплексного діагностичного обстеження, що дозволило виявити ступінь та інтенсивність розладу, визначити можливі причини і на підставі цього висновку сформулювати мету і завдання психокорекційної програми. Реалізація запропонованої психокорекційної програми вимагає від психолога постійного контролю динаміки змін особистості, поведінки, емоційних станів і переживань дитини. Саме тому перед початком реалізації комплексної

суб'єкт-орієнтованої мультимодальної програми психокорекції було проведено перший діагностичний констатувальний зріз дефіцитарних функцій з метою подальшого зіставлення його результатів з емпіричними показниками другого діагностичного (контрольного) зрізу, і, таким чином, перевірки ефективності даної психокорекційної програми.

Результати констатувальної діагностики ми занесли до спеціальної карти гіперактивної дитини, в якій також фіксувалися результати психокорекційної роботи вихователів та батьків впродовж виконання програми.

При підготовці психокорекційної програми ми врахували дві важливі *умови* ефективної роботи з гіперактивними дітьми дошкільного віку:

- розвиток і тренування дефіцитарних функцій слід проводити в емоційно привабливій формі, що істотно підвищить ефективність корекції, значно зменшить навантаження і мотивує зусилля дитини з самоконтролю (цієї умові в дошкільному віці відповідає ігрова форма занять);
- починати психокорекційну роботу слід з індивідуальних занять та з ігор чи вправ, які тренують одну функцію, а вже потім поступово вводити ігри, які тренуватимуть дві чи більше функцій гіперактивної дитини і залучати її до групових психокорекційних занять.

У процесі реалізації авторської програми психокорекції гіперактивності дошкільників важливе місце займала *робота з батьками*. Нами була розроблена і паралельно втілена спеціальна *програма психоедукації для батьків і вихователів гіперактивних дітей* з метою змінити умови і методи виховання таких дітей в зоні найближчого оточення на більш ефективні і компенсуючі (див. підрозділ 3.4).

Вихователі ДНЗ теж залучалися до комплексної програми психокорекції гіперактивної дитини. Ідеться насамперед про постійне спостереження, вчасне виявлення гіперактивних дітей, консультації з психологом щодо проблем, які виникають в життєдіяльності дитини та її

взаємодії з однолітками, і безпосередню участь у проведенні занять за програмою, зокрема групових, в яких передбачається участь як гіперактивних дітей, так і дітей з нормальним розвитком. Тому для вихователів у рамках програми теж були розроблені спеціальні рекомендації, а консультації проводилися за потреби. Вихователь насамперед мусив подбати про: зміну оточення і зміну режиму занять із включенням хвилинок активного відпочинку, регулювання взаємин з однолітками; створення позитивної мотивації; корекцію негативних форм поведінки, в тому числі немотивованої агресії; проведення ігор на заняттях, які спрямовані на розвиток уваги, вправ на релаксацію і зняття напруги; забезпечення чіткого режиму дня; регулювання очікувань (насамперед батьків, оскільки позитивні зміни в поведінці дитини проявляються не так швидко, як би хотілося оточуючим) тощо. Отже, вихователі в дошкільних навчальних закладах, взявши до уваги рекомендації психолога, здійснювали процес навчання дитини, створюючи ситуації успіху та сприяючи розширенню емоційного досвіду й соціальної взаємодії.

Медичний працівник (в нашому випадку це був працівник ДНЗ) допомагав підібрати вправи з лікувальної фізкультури (ЛФК), за потреби рекомендував курс спеціальних масажів для зняття напруженості м'язів гіперактивної дитини, проводив регулярні медичні обстеження із залученням невролога.

Отже, основне завдання, яке ми ставили перед собою, втілюючи описану вище програму, – це не тільки проводити за планом індивідуальні та групові психокорекційні заняття, а й підготувати до ефективної участі в психокорекційній діяльності батьків і вихователів, постійно контролювати й аналізувати процес психокорекції, а також вести фіксацію її результатів.

Дорослі повинні пам'ятати два основні *правила* в процесі психокорекційної роботи з гіперактивними дітьми:

- не очікувати всього і відразу: дорослі, що взаємодіють з гіперактивною дитиною, повинні бути терплячими до її зайвої рухливості, слід пам'ятати, що якщо намагатися вгамувати дитину, то її зусилля тут же переключаться на контроль своїх дій, і сконцентруватися на завданні їй вже буде важко; тільки через тривалий час можна починати вимагати не тільки уваги, але і загальноприйнятої поведінки під час ігрових занять;
- запобігати перевтомі і перезбудженню дитини, потрібно вчасно змінювати види ігор та занять, важливо також дотримуватися режиму дня, забезпечити дитині повноцінний сон і спокійну обстановку.

Оскільки гіперактивній дитині складно контролювати себе, то вона потребує зовнішнього контролю. Дуже важливо, щоб дорослі при виставленні зовнішніх рамок з «можна» і «не можна» були послідовними. Також необхідно враховувати, що дитина нездатна довго чекати, тому всі зауваження і заохочення повинні з'являтися вчасно.

Оскільки кожен випадок ГРДУ індивідуальний, типова комплексна суб'єкт-орієнтована мультимодальна психокорекційна програма, розроблена нами, може коригуватися практичним психологом ДНЗ з урахуванням індивідуальної ситуації і потреб психокорекції, які впливають з діагностичного процесу. Проте ключовим моментом даної типової програми психокорекції ГРДУ у дошкільників стала саме взаємодія психолога, батьків, вихователів, медичного працівника та середовища в контексті зміни оточення дитини вдома і в дошкільному навчальному закладі (ДНЗ) з метою створення позитивних умов для розвитку дефіцитарних функцій і зменшення негативних поведінкових проявів.

Виступаючи організаторами психокорекційного процесу, ми визначили структуру занять, їх час і тривалість, послідовність, виходячи з реальних умов і користуючись загальними рекомендаціями. Наводимо типову структуру психокорекційного заняття з рекомендованої програми психокорекції гіперактивності дошкільників.

1. Привітання.

Психолог вибирає будь-яку форму привітання: це може бути звичайний «Привіт!», а може бути гра, яка служить сигналом до початку заняття. Як правило, діти із задоволенням грають у запропоновану дорослим гру. Привітання допомагає дитині налаштуватися на роботу.

2. Гімнастика-імітація.

Дозволяє дитині відчувати власний м'язовий тонус. Психолог показує варіанти роботи з ним на наочних і простих прикладах, тобто сприяє розвитку в дитини рухового контролю.

3. Ігри на розвиток дрібної моторики з елементами арт-терапії.

Ігри на розвиток дрібної моторики сприяють розвитку рухового контролю. Крім того, корекційні рухи тіла і пальців забезпечують розвиток міжпівкульної взаємодії, зняття синестезій і м'язових затисків.

Арт-терапія в даній програмі розглядається не як засіб розвитку художніх здібностей, а як засіб вираження дитиною свого емоційного стану, як джерело отримання інформації про набуті досягнення, актуальні та приховані проблеми. Як правило, коментарі дитини під час малювання допомагають дорослому краще зрозуміти малюка і допомогти йому.

4. Ігри на відпрацьовування дефіцитарної функції.

Залежно від симптоматики і основного запиту дорослих, які звернулися за допомогою, психолог, дотримуючись принципу поетапності, відпрацьовує в ігровій формі ту або іншу дефіцитарну функцію. Наприклад, робота починається з тренування навичок саморегуляції (якщо це є головною проблемою даного малюка). Відпрацювавши дану задачу, психолог переходить до роботи над тренуванням уваги і т. д. Якщо на цьому занятті психолог навчає дитину боротися з власною імпульсивністю, то в процесі гри він фіксує увагу дитини тільки на успішності або неуспішності саме цієї навички, не звертаючи увагу на інші можливі помилки. Залежно від того, як

дитина справляється із запропонованою програмою, психолог сам має вирішувати, як довго зупинитися на тому або іншому її етапі.

5. Релаксація (заключний етап).

Проводиться з метою інтеграції набутого в ході заняття досвіду і нівелювання імпульсивності. Це надважливий етап для корекції гіперактивності, оскільки тут у різних формах тренується вміння заспокоюватися і врівноважувати процеси збудження процесами гальмування.

Наведена структура психокорекційної роботи з дитиною носить рекомендаційний характер і в кожному конкретному випадку може коригуватися. Перші індивідуальні заняття мають тривати 20-30 хв. Поступово час можна збільшувати до 40 хв., проте з перервами на фізкультхвилинку або рухливу гру.

До програми суб'єкт-орієнтованої мультимодальної психокорекції було включено вправи та корекційні ігри запропоновані Є. Лютовою, Г. Моніною, І. Шевцовою, Є. Коротаєвою, Ю. Шевченко, И. Кряжевою, М. Чистяковою, Є. Карповою та ін.

Програма передбачала 9 базових психокорекційних занять (див. Додаток Д), які могли коригуватися залежно від складу групи або тривалості виконання завдань. Окрім психолога, деякі вправи чи ігри з програми міг проводити вихователь, а результати свого спостереження передавати психологу. Це можуть бути вправи з образотворчої терапії, казкотерапії, сюжетно-рольові ігри тощо.

Індивідуальні та групові заняття могли чергуватися і повторюватися, часто ми їх доповнювали рухливими іграми та іграми на свіжому повітрі. Проте психологу слід пам'ятати, що будь-які активні вправи завжди повинні закінчуватися релаксацією, це виробить в дитини вміння заспокоюватися. При залученні в психокорекційні групи дітей з нормальним розвитком можливості використання методик розширювалися, зокрема активно

застосовувалися методи арт-терапії (малювання, ліплення, аплікації), влаштовувалися виставки і обговорення робіт, казкотерапії з елементами інсценізації. Важливо правильно визначити місце в такій груповій діяльності гіперактивної дитини та слідкувати за спрямуванням терапевтичного ефекту. Саме групова психокорекція дозволить виробити навички соціальної взаємодії та сформулювати правила поведінки гіперактивної дитини.

Наведена вище типова програма психокорекції гіперактивності старших дошкільників в більшій мірі актуалізувала розвиток дефіцитарних функцій відносно суб'єктного рівня і в меншій мірі містила спеціальні вправи та ігри, спрямовані на моно- і полісуб'єктні рівні функціонування дошкільників. Це завдання апріорі покладалося на батьків і вихователів, які так чи інакше реагували на повсякденні ситуації, що стихійно виникали в процесі спілкування в родині чи дитячому садку. Передбачалося, що психоедукація дорослих здатна доповнити вузько спеціальну роботу з психокорекції дефіцитарних функцій дитини з ГРДУ у рамках індивідуальних і групових занять. Адже йшлося про створення атмосфери толерантності, безоцінного прийняття, емпатію, використання методів стимулювання поведінки (заохочення і покарання) тощо, які «працюють» на найближчу перспективу психічного розвитку гіперактивної дитини загалом та її особистісного становлення зокрема.

3.3. Методичні рекомендації вихователям дошкільних навчальних закладів щодо роботи з гіперактивними дітьми та взаємодії з батьками

Під час відвідування гіперактивною дитиною дошкільного навчального закладу виникають труднощі, які дедалі важче ігнорувати, тому для вихователів теж потрібні стратегії побудови взаємин з такими дітьми та організація особливих умов. Імпульсивність та гіперактивність проявляються в дитячому садку такими симптомами: дитина безперервно рухається, не

може довго всидіти на одному місці, бігає чи лазить тоді, коли необхідно сидіти, багато говорить, перебиває інших, недоречно втручається в розмову, не проявляє витримки, коли треба чогось чекати (наприклад, своєї черги в грі), діє, не подумавши про наслідки чи правила. Звичайно, така поведінка не сприяє продуктивній успішності і в процесі навчальних занять дошкільників.

Діти з ГРДУ часто мають супутні розлади, які проявляються в старшому дошкільному віці під час занять в дитячому садку, такі як дисграфія – часткове порушення формування навичок письма внаслідок ураження, недорозвитку або дисфункції кори головного мозку; дислексія – порушення вироблення навичок читання; дискалькулія – порушення формування навичок лічби.

Якщо до цього додати загальні характеристики гіперактивної дитини – значний рівень емоційності (роздратування, пригнічення, спалахи гніву, підвищена реактивність), труднощі під час зміни діяльності, агресивна поведінка, проблеми з дисципліною, неможливість працювати задля досягнення віддаленої мети, постійна потреба в сильних заохоченнях та покараннях, занижена самооцінка, часто супутня опозиційна поведінка – матимемо типовий портрет дитини з ГРДУ в дошкільному закладі.

Ефективна робота в дошкільному закладі охоплює послідовні дії вихователів і педагогів, наявність чітких правил поведінки, передбачуваність в організації середовища та стилі спілкування, побудову позитивних стосунків з дитиною. Вихователь має бути гнучким, терплячим і мудрим.

Через проблеми з увагою, імпульсивністю діти потребують чітко структурованого середовища в кімнаті. Характеристика добре організованого для гіперактивної дитини середовища: раціональна структура (чіткий розклад, регулярність повсякденних дій, спланований робочий простір без відволікаючих чинників), наявність чітких правил та вказівок щодо поведінки; атмосфера поваги та взаємопідтримки, достатня гнучкість

для задоволення індивідуальних потреб дошкільників, заохочення до бажаної поведінки, співпраці; гостинність, інклюзивність, емоційність та фізична безпечність.

Щодо організації фізичного простору в кімнаті дошкільного закладу, то найкращою є така, яка передбачає зменшення сторонніх подразників та допомагає зосередитися на виконанні завдань. Кімната для занять має бути зачиненою. Відкритий простір або скляні стіни аж ніяк не сприяють зосередженню таких дітей. У групі, звичайно, має бути наочність, але в даному випадку важлива помірність – стіни нейтральних кольорів, без надмірних подразників. Це саме стосується і підлоги. Корисно створити затишок за допомогою квітів на вікнах і картин, виконаних у нейтральних тонах. Занадто аскетична обстановка – це крайність. Важливо правильно вибрати місце під час занять для гіперактивної дитини:

- близько до вихователя – для полегшення зорового контакту та інструктування;
- в оточенні організованих, толерантних однолітків;
- подалі від подразників (проходів, вікон, дверей, батарей, кондиціонерів тощо) [24].

Щодо вибору місця за столиком, де сидітиме під час занять дитина, то найчастіше рекомендують посадити її спереду, бажано в центрі, з успішним та спокійним однолітком. Але вихователь повинен діяти на свій розсуд. Вибір сусіда для гіперактивної дитини – також дуже індивідуальна річ. Однозначно не можна садити разом двох гіперактивних вихованців. Бажано обрати сусіда, який справлятиме позитивний вплив на дитину і допомагатиме їй у навчанні. Але допомога гіперактивній дитині не повинна негативно впливати на успішність та емоційний стан дитини-однолітка.

Перебування гіперактивної дитини в групі дошкільного навчального закладу повинно відбуватися за чіткими і зрозумілими для дитини правилами. Ці правила потрібно з дитиною постійно обговорювати й уникати

«винятків». Не варто використовувати правила, які починаються з «не». Правила можуть бути написаними, можна відтворити їх у малюнках, звертатися до них варто часто. Батьки дитини повинні брати участь в розробці таких правил і узгодити продовження їх виконання вдома. Обов'язкове нагородження за дотримання правил. Можна розіграти очікувану поведінку у вигляді рольової гри, щоб діти краще зрозуміли значення правил та закріпили бажану поведінку.

Ефективна організація навчально-виховного процесу неможлива без відповідного стилю роботи авторитетного вихователя та встановлення позитивних стосунків з вихованцями. Вихователь повинен бути добре обізнаний з потребами й особливостями гіперактивної дитини, працювати у взаємодії і постійній консультації з практичним психологом. Правильний підхід до виховання гіперактивної дитини теж є частиною психокорекційного процесу, до якого долучається і вихователь.

Не слід примушувати гіперактивну дитину займатися більше, ніж вона може. Наприклад, якщо всі діти можуть продуктивно займатися певною діяльністю протягом 20 хвилин, то гіперактивна дитина стомлюється через 10 хвилин, краще включити її в інший вид діяльності (попросити полити квіти, скласти олівці і так далі). Якщо після цього вона відчує сили продовжити перервану роботу, то це цілком можливо. Під час занять варто обмежувати до мінімуму відволікаючі чинники, намагатися постійно зацікавлювати, утримувати увагу гіперактивної дитини, бути емоційним.

Вихователям не варто вимагати від дитини великої акуратності при виконанні завдань. Навпаки, варто сприяти переживанню почуття успіху. Діти повинні отримувати задоволення від виконаного завдання, у них повинна підвищуватися самооцінка.

Вихователю краще частіше садити дитину поряд із собою: час від часу можна покласти руку на плече дитини, оскільки будь-які тактильні відчуття допомагають гіперактивним дітям сконцентрувати увагу.

Гіперактивним дітям складно швидко переключитися за вимогою вихователя з одного виду діяльності на іншій. Інструкції та настанови, які вихователь дає гіперактивній дитині, мають бути дуже конкретними і містити не більше 10 слів. Говорити треба недовго, чітко формулювати завдання, встановити правила і послідовність їх виконання.

Гіперактивну дитину необхідно частіше заохочувати. Наприклад, досить часто видавати їй жетони, які протягом дня вона може обміняти на винагороди (краще не матеріальні): право йти на прогулянку в першій парі, роздавати дітям іграшки, альбоми, олівці, вести ранкову гімнастику тощо [129].

Батькам і вихователям ДНЗ слід пам'ятати, що не потрібно пригнічувати активність гіперактивних дітей. Бо енергія, яка не має виходу, буде накопичуватися всередині дитини і коли-небудь «вибухне». Потрібно спрямувати її в позитивне русло. Акцент потрібно робити на позитивний розвиток дитини, уникати її надмірної критики чи осуду в присутності інших дітей, позаяк занижена самооцінка не сприятиме кращій адаптації і соціалізації дитини в майбутньому.

Умови ефективної діяльності вихователя з гіперактивною дитиною:

- пам'ятати, що гіперактивна поведінка не є наслідком поганого виховання, а фізіологічною особливістю, природою дитини;
- підтримувати дитину, бути терплячими;
- не порівнювати її з іншими, а тільки із самою собою;
- давати короткі, чіткі інструкції;
- повторювати завдання спокійним тоном, не робити зауважень занадто часто;
- використовувати зоровий, тактильний контакт, хвалити дитину, коли сидить спокійно;
- змінювати види діяльності, давати змогу рухатися;
- створювати ситуації успіху, підтримувати контакт із батьками.

Отже, тісна взаємодія і створення дорослими (батьками і вихователями) належних умов для діяльності і дозвілля гіперактивного дошкільника є передумовою гармонійного розвитку і разом з тим складовою частиною комплексного психокорекційного процесу.

Ідея взаємозв'язку суспільного й сімейного виховання, а також взаємної відповідальності педагогів, батьків й суспільства знайшла своє відображення в «Концепції дошкільного виховання» та «Положенні про дошкільний навчальний заклад». Кожен дошкільний навчальний заклад не тільки виховує дитину, але й консультує батьків з питань виховання дітей. У цьому зв'язку дошкільний навчальний заклад повинен визначати умови роботи з батьками гіперактивних дітей, вдосконалювати зміст, форми й методи співробітництва дошкільного навчального закладу й родини у вихованні дітей з урахуванням особливостей психіки гіперактивної дитини, варіативних освітніх програм і запитів родини [15].

Взаємодія являє собою спосіб організації спільної діяльності з родинами, яка здійснюється на основі соціальної перцепції за допомогою спілкування. Сутність взаємодії полягає в узгодженні в інтересах дитини з ГРДУ вимог, дій дошкільного закладу і сім'ї як суб'єктів її виховання.

Завдання взаємодії: створення для гіперактивної дитини в сім'ї та дошкільному закладі оптимальних умов для повноцінного фізичного та психічного розвитку, сприяння задоволенню її потреби в емоційно-особистісному спілкуванні, розвиток її творчих інтересів та здібностей, підвищення рівня сформованості педагогічної культури вихователів та батьків.

Щоб найкраще, найвідповідальніше підійти до виховання гіперактивної дитини, батьки разом з вихователями повинні побудувати свої стосунки на принципах взаємної поваги, розуміння важливості один одного й усвідомлення того, що таке партнерство матиме довготривалий вплив на користь усіх. Вихователь та батьки діють в інтересах дитини, ухвалюють

рішення стосовно її виховання та навчання, створюють для неї належні умови. Від того, наскільки їхня взаємодія буде узгоджена, залежить успіх формування особистості в цілому. Водночас педагогічне партнерство сім'ї та дошкільної установи здатне формувати індивідуальність, активізувати особистий творчий потенціал не тільки гіперактивної дитини дошкільного віку, але і педагогів та батьків. Взаємодія, що ґрунтується на засадах кооперації, передбачає взаємодопомогу, співробітництво, узгодження зусиль, розглядається як цілісне явище в психолого-педагогічній системі. Процеси демократизації в системі освіти, її варіативність, інноваційні програми обумовили необхідність пошуку рішення проблем взаємодії дошкільного навчального закладу з родиною у вихованні гіперактивної дитини. Проте, можна виявити у такій взаємодії певні протиріччя: між правами й обов'язками батьків і невмінням ними користуватися; між потребою батьків на освітні послуги й відсутністю умов їхнього надання; між прагненням батьків до активної діяльності в дошкільному закладі й строго регламентованим характером діяльності закладу; між низьким рівнем педагогічної культури і психологічної освіченості й відсутністю їх психоедукації в дошкільних закладах. Зміцнення й розвиток тісного зв'язку і взаємодії різних соціальних інститутів (дитячий садок, родина, суспільство) забезпечують сприятливі умови життя й виховання гіперактивної дитини, формування основ повноцінної, гармонійної особистості.

Завдання взаємодії дошкільного навчального закладу і батьків визначені у програмах розвитку і виховання дошкільників, рекомендованими МОН України («Українське дошкілля» (2011), «Впевнений старт» (2012) та «Соняшник» (2013)):

- налагодити партнерські стосунки, які б гарантували всім учасникам освітнього процесу рівність у розв'язанні спільних задач, право на активну та конструктивну позицію;

- інформувати батьків про підходи дошкільного закладу до виховання і навчання, нетрадиційні методи роботи з гіперактивними дітьми;
- визначити спільні та специфічні для сім'ї і дошкільного закладу функції, оприлюднити їх; залишити за кожною зі сторін право на свою особливу роль у вихованні гіперактивної дитини;
- сприяти розвитку рефлексії – здатності дивитися на ситуацію, подію, явище очима іншої сторони, брати до уваги очікування партнера;
- вдосконалювати вміння бути об'єктивними у судженнях та оцінках, поводитися справедливо, незалежно від свого суб'єктивного ставлення до партнера;
- базувати взаємодію на оптимістичній гіпотезі розвитку кожного учасника освітнього процесу, визнання його права на помилку, надавати можливість її виправити;
- узгодити розклад життя та діяльності дитини в сім'ї та дошкільному закладі, зробити його взаємодоповнюючим;
- створити атмосферу спільності інтересів педагогів і батьків гіперактивної дитини, взаємної підтримки, взаємопроникнення партнерів у проблеми одне одного;
- актуалізувати педагогічний потенціал родини, плекати свідоме ставлення до материнських та батьківських функцій; збагачувати виховні уміння батьків; підтримувати їх упевненість у своїх педагогічних можливостях у вихованні гіперактивних дітей.

3.4. Програма психоедукації батьків гіперактивних дітей

Сім'я є чи не найважливішим середовищем і визначальним чинником у формуванні особистості дитини з ГРДУ. Дослідження показали, що основою позитивного прогнозу гіперактивної дитини є можливість її повноцінного розвитку та самоактуалізації в сім'ї [189, с. 130 – 168]. Дитина з ГРДУ в сім'ї

є великим стресом і особливим досвідом для батьків. Вона створює постійно високий рівень шуму вдома, усе перевертає, часто ламає, постійно потрапляє в якісь халепи. Така дитина є особливо неподатливою для керівництва: попри безліч пояснень, нотацій та зауважень вона продовжує перекреслювати своєю поведінкою всі очікування батьків і найближчого оточення [129, с. 89].

Гармонійний розвиток особистості дітей з ГРДУ залежить від мікро- і макросередовища. Якщо в оточенні і в родині зберігаються взаєморозуміння, терпіння і тепле ставлення до дитини, то після лікування і психокорекції ГРДУ всі негативні сторони поведінки зникають. В іншому випадку ознаки відхилення залишаються і можуть посилюватися [83; 95]. Першим і найважливішим кроком у допомозі дітям з ГРДУ є розуміння природи цього розладу [188; 194].

Батькам надзвичайно важливо усвідомлювати, що поведінка дитини, її психічний розвиток, хоч і мають безумовно біологічне підґрунтя, не є детерміновані виключно біологічними реаліями, а є наслідком комплексної взаємодії біо-психо-соціальних факторів. Не можна говорити про «запрограмованість» дітей з ГРДУ на розвиток асоціальної чи агресивної поведінки. Біологічні особливості обумовлюють лише труднощі в дотриманні встановлених правил та розвитку імпульс-контролю, як наслідок, з цим пов'язані певні проблеми, які гіперактивні діти мають у поведінці та інтеграції в соціальне середовище. 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 батьки можуть допомогти дитині рости і розвиватися не за сценарієм наростання проблем, а навпаки – вектором позитивної самоактуалізації. Батьки повинні знати, що гіперактивні діти – це не «негативні» діти. Діти з ГРДУ можуть мати чимало позитивних характеристик, зокрема, вони щирі, сердечні, безпосередні в стосунках. Те, що в одних ситуаціях може проявлятися як надмірна розкутість, за умови «інтеграції» та послідовної корекції може розвинути в

таку гарну рису, як відкритість, комунікабельність, відсутність шаблонності у спілкуванні. Відсутність сильної системи гальмування і контролю в гіперактивних дітей може сприяти розвиткові особливих здібностей у тих сферах, де потрібні швидкі, творчі, спонтанні реакції. І це може згодом стати сильною стороною дітей з ГРДУ – їхня креативність, здатність бути спонтанними, діяти нешаблонно, імпровізувати [129].

Як свідчать дослідження [108; 170; 196], деякі гіперактивні діти мають більш високий рівень інтелекту, ніж інші діти, і дуже часто з'ясовується, що дитина, котра не може всидіти з книжкою в руках більше 10 хвилин, за цей короткий час встигає запам'ятати значний обсяг матеріалу.

Отже, в першу чергу, батькам гіперактивної дитини потрібно достеменно вивчити проблему, зібрати якомога більше інформації про особливості розвитку гіперактивних дітей, виробити власні ефективні стратегії поведінки і виховання. Така діяльність буде ефективнішою, якщо вона буде відбуватися у взаємодії з фахівцями (практичний психолог, вихователь, невролог).

Тому для батьків є такою важливою психоедукація та навчання специфічних методів поведінкової терапії, щоб вони розуміли патогенетичний механізм ГРДУ і на основі цього розуміння могли щоденно, «тут і тепер» застосовувати техніки і підходи до позитивного поведінкового керівництва [129, с. 146].

У рамках комплексної суб'єкт-орієнтованої мультимодальної психокорекційної програми нами була розроблена і втілена програма психоедукації для батьків. При побудові психоедукаційного (просвітницького і навчального) процесу ми опиралися на 8-крокову програму поведінкової терапії для батьків гіперактивної дитини, за Р. Барклі (1997) [189], програму психологічного консультування батьків гіперактивних дітей І. Брязгунова та Є. Касатикової [24], а також на досвід психокорекційної роботи та роботи з батьками дітей з поведінковими розладами навчально-реабілітаційного центру

«Джерело» (Львів) під керівництвом О. Романчука. [129]. Оскільки психокорекційна програма тривала три місяці, програма психоедукації батьків передбачала чотири зустрічі в рамках групової роботи і щотижневі зустрічі в рамках індивідуального супроводу. Програма психоедукації для батьків є інтегрованою й адаптованою до загальної програми комплексної суб'єкт-орієнтованої програми психокорекції гіперактивних дошкільників. Її унікальність і ефективність, на нашу думку, в тому, що вона втілюється психологом поетапно і постійно здійснюється контроль та аналіз перебігу корекційного процесу. На завершення програми психоедукації ми запропонували навчальні технології та рекомендації щодо підготовки гіперактивного дошкільника до вступу в школу.

Основні завдання програми психоедукації для батьків:

- допомогти батькам зрозуміти свою дитину та особливості її поведінки, зумовлені гіперактивним розладом з дефіцитом уваги;
- навчити батьків будувати позитивні стосунки з дитиною;
- допомогти батькам у використанні компенсаторних стратегій керування поведінкою дитини;
- ознайомити батьків з ефективними методами виховання гіперактивної дитини, навчання її життєво важливих соціальних навичок, розвитку позитивної самооцінки тощо;
- сприяти зниженню рівня стресу у батьків, підвищенню відчуття компетентності, зміцненню внутрішніх та зовнішніх ресурсів сім'ї.

Перевагою групової форми роботи з батьками є можливість інтерактивного проведення навчання з використанням прикладів із реального життя інших сімей, спільно вироблених стратегій тощо. Позаяк ГРДУ є досить специфічним розладом, індивідуального підходу і в процесі психоедукації не уникнути. Тому, окрім групових форм роботи з батьками, доцільно використовувати й індивідуальні, їх мету і спрямування ми визначали, виходячи з індивідуальних чинників: допомога батькам у

вирішенні власних психологічних труднощів, подолання комунікативних дисфункцій у сім'ї, її соціальної ізоляції; допомога у подоланні вторинних проблем чи наявних в дитини коморбідних розладів. Індивідуальна робота з батьками починалася ще з діагностичного періоду, а її особливості впливали з даних обстеження.

Структура застосованої програми групової психоедукації для батьків гіперактивних дошкільників:

1. Тренінг батьківської компетентності – проводився нами разом з психологами дошкільних закладів для батьків гіперактивних дітей перед початком реалізації психокорекційної програми. Основною метою такого тренінгу є ознайомлення батьків з особливостями гіперактивного розладу з дефіцитом уваги та навчання батьків ефективних стратегій виховання.

2. Лекція-практикум «Основні принципи поведінкового керівництва» за О. Романчуком.

3. Тренінг соціальних навичок для батьків гіперактивних дітей.

4. Підсумкова зустріч «Готуємо гіперактивну дитину до навчання в школі».

Мета *тренінгу батьківської компетентності* – навчити батьків ефективно використовувати методи заохочення і покарання для досягнення певних цілей; уміння помічати те, що дитина робить добре, і хвалити дитину за досягнуті нею успіхи. Крім цього, батьки навчаються використовувати систему штрафів за деструктивну поведінку (таких як втрата привілеїв чи тайм-аут) та справлятися з непослухом у громадських місцях. Передбачене навчання застосування прийомів модифікації поведінки гіперактивної дитини. До числа подібних прийомів відносяться: використання раціонально обґрунтованих правил і позитивного підкріплення, повсякденне виконання певного розпорядку дня, складання списків необхідних справ, регулювання інформації, упорядкування навколишньої обстановки з обмеженням

відволікаючих чинників, контролем за шкідливими звичками і змінами намірів, використання нагадувань у вигляді плакатів (малюнків).

Батькам були запропоновані спеціальні рекомендації щодо того, як поводитися з дитиною, які ігри і корекційні вправи можна проводити в домашніх умовах і як правильно облаштувати побут гіперактивної дитини. Тут найважливіше дотримуватися розробленого режиму дня дитини, регламентувати фізичну активність, уникаючи перенавантаження, налагодити правильний режим сну, чергування різних видів діяльності. Ми ознайомили батьків з методиками, які можуть покращити взаємодію з дитиною, зокрема з методикою ескалації тактильного контакту (для заспокоєння дитини потрібно частіше її торкатися, обіймати, шукати прямий контакт очей тощо).

Батьки гіперактивних дітей експериментальної групи, які пройшли тренінг батьківської компетентності й отримали рекомендації, зустрічалися з психологом у рамках програми тричі (раз на місяць), аналізували і коментували хід дотримання рекомендацій, обговорювали успіхи та невдачі, коригували наступні свої дії. Слід пам'ятати, що кожен випадок гіперактивності є індивідуальним, і хоча рекомендації для батьків розроблені загальні, їх потрібно розглядати крізь призму життя і діяльності конкретної сім'ї. Важливим і бажаним є присутність та участь батьків у процесі індивідуальних і навіть групових психокорекційних занять та ігор. Однак наша програма втілювалася в рамках звичайного повсякденного виховного процесу, і більшість батьків не мали можливості, а деякі, можливо, не мали бажання бути присутніми під час психокорекційних занять.

Зважаючи на свої можливості, психолог може використовувати й методи психоедукації для батьків в різних форматах: «круглий стіл» з фахівцями (неврологом, психологом, психіатром) у формі запитань і відповідей; семінари і конференції для батьків, мультимедійні презентації,

розповсюдження друкованих матеріалів (буклетів, методичних посібників); рекомендація відеоматеріалів та інтернет-ресурсів.

На допомогу практичним психологам і вихователям ДНЗ, а також батькам гіперактивних дітей ми підготували навчально-методичний посібник «Психокорекція гіперактивності дошкільників».

Основні тези, які батьки повинні засвоїти в рамках програми психоедукації:

- дитина з ГРДУ має розлад самоконтролю поведінки – тому вона потребує значно більшою мірою, ніж ровесники, зовнішнього контролю та керівництва її поведінкою;
- поведінка дітей з ГРДУ визначається чинниками зовнішнього середовища значно сильніше, ніж внутрішніми правилами, а тому перший спосіб вплинути на поведінку дитини з ГРДУ – це відповідна організація довкілля;
- гіперактивній дитині важко самостійно давати собі вказівки, планувати дії і передбачати наслідки, а тому вона потребує системи частих, чітких і «видимих» зовнішніх скерувань і нагадувань;
- поведінку гіперактивної дитини контролюють негайні, а не віддалені наслідки, тому батьки повинні створити систему ефективних заохочень бажаної поведінки і невідкладних покарань за проблемну поведінку.

Звісно, навчання батьків специфічних методів керування поведінкою гіперактивної дитини не змінить характеристик функціонування її головного мозку, але може суттєво вплинути на те, як функціонує дитина в середовищі і як вона розвивається. Психолог ДНЗ як керівник психокорекційного процесу в цілому повинен стати для батьків консультантом. Якщо порівняти виховання дітей з турботою про дерева в саду, то головними садівниками є і будуть батьки, роль фахівців – бути радше консультантами із садівництва.... 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 [129, с. 150].

Важливим аспектом роботи психолога з батьками є принцип послідовності, рух «крок за кроком». Варто структурувати послідовність дій та пріоритетність цілей.

Діти з ГРДУ потребують частих заохочень за добру поведінку і покарань – за проблемну. Заохочення мають бути бажаними для дитини і не повинні бути доступними ні за що. Дорослим (батькам) треба бути послідовними і діяти спільно, не допускати винятків на зразок: я подивлюся спочатку мультфільм, а потім виконаю завдання чи доручення. Треба донести до дитячої свідомості те, що аби мати якісь привілеї, важливо виконувати свої обов'язки, що у цьому світі ніхто просто так нічого не отримує. У вихованні повинна бути система. Для урівноваження виховних процесів іноді потрібно застосувати методи «покарання». Перед тим як застосувати покарання, батьки мають чітко повідомити і ґрунтовно аргументувати, за що саме і чому дитина покарана.

Форми застосування покарання в роботі з гіперактивними дітьми:

1. Метод *ізоляції* – позбавляє дитину можливості робити те, що вона хоче, і дає час усвідомити свою поведінку, емоційно заспокоїтися. Та ізоляція не повинна лякати дитину (темне приміщення), це такий собі тайм-аут, коли дитина 5-15 хв. має посидіти, заспокоїтися і подумати. Для старших дітей – ізоляція в кімнаті з позбавленням перегляду телепрограм, ігор за комп'ютером, прогулянки.
2. Тимчасова *втрата привілеїв* – іграшки, велосипеда, планшета, походу в кафе. Щоб внести елемент передбачуваності та справедливості, можна у формі контракту передбачити, які форми проблемної поведінки ведуть до тієї чи іншої втрати привілеїв.
3. *Штрафування* – втрата балів у системі бального заохочення, але так, щоб мотивація до заробляння балів залишилася.

4. *Виправні роботи* – відшкодування заподіяних збитків. Запитати саму дитину, що треба зробити, щоб відшкодувати збитки [189].

Відчуваючи встановлення заборон і «покарань», дитина, природно, намагатиметься протестувати і випробувати батьків на міцність. Тут необхідна терплячість та послідовність. Батькам важливо уникати різких емоційних реакцій та багатослівних нотацій і моралізувань, вчитися використовувати чіткі і спокійні вказівки. Знаючи, як ніхто, своїх дітей, батьки можуть передбачати проблемні ситуації та заздалегідь моделювати тактику своєї поведінки і стратегії ефективного впливу.

Проте досвід взаємин гіперактивних дітей з батьками частіше свідчить про те, що матері переважно користуються негативними засобами впливу: вони менше приділяють уваги спільним заняттям, а більше контролюють поведінку або обмежують свободу дітей. Причину неважко зрозуміти з огляду на особливо виснажливу і дратівливу для дорослого поведінку гіперактивної дитини. У відповідь на репресивні заходи і постійні обмеження діти починають поводитись агресивно, відчужено. Батьки, не розуміючи причин ворожості своїх дітей, посилюють тиск на них. В результаті конфлікт між дорослими і гіперактивною дитиною тільки поглиблюється, спричиняючи конфліктні ситуації та невротичні реакції. Наприклад, діти можуть спрямовувати свою агресію на менших, слабших дітей або тварин.

У повсякденному спілкуванні з гіперактивними дітьми батьки повинні уникати різких заборон, що починаються словами «ні» і «не можна». Гіперактивна дитина внаслідок своєї імпульсивності швидше за все відразу реагуватиме на такі заборони неслухняністю, протестом або вербальною агресією. З дитиною треба говорити спокійно і стримано, навіть якщо батьки що-небудь їй забороняють, бажано не говорити дитині «ні», а дати їй можливість вибору. Наприклад, якщо дитина проявляє ознаки гіперактивності (безладно бігає, кричить, перевертає і ламає речі тощо), можна запропонувати їй піти на прогулянку і побігати на вулиці, разом з нею

поспівати на вибір кілька її улюблених пісень чи запропонувати рухливу гру. Таким чином батьки в ігровій формі навчаться переключати безладну рухливість у гру. Поступово в такі відволікаючі ігри слід вводити певні правила, які будуть робити поведінку гіперактивної дитини більш керованою [57; 88; 107].

Імпульсивність заважає гіперактивній дитині на першу ж вимогу дорослого переключатися з одного виду діяльності на інший. Тому важливо за кілька хвилин до початку нової діяльності попередити дитину про це. Наприклад, якщо дитина дивиться телевизор, а батькам потрібно йти до магазину, можна сказати дитині: «Через 10 хвилин ми вимикаємо телевизор. Добре?». Щоб не викликати спрямовану агресію дитини, нагадування про те, що 10 хвилин минуло, можна опосередкувати дзвінком будильника або іншого таймера. Такі сигнали таймера можна використовувати, коли час прокидатися, час обідати чи вклатися спати. Це теж поступово стане правилом для дитини, що буде керувати її поведінкою. У тому випадку, коли дитина правильно виконує поставлені вимоги, вона, безумовно, заслуговує на винагороду.

Дотримання вдома чіткого розпорядку дня – ще одна з найважливіших умов взаємодії батьків з гіперактивною дитиною. І приймання їжі, і прогулянки, і виконання ігрових навчальних занять необхідно здійснювати в той самий, відомий дитині час. Щоб запобігти надмірному збудженню, така дитина повинна вчасно лягати спати, при цьому тривалість сну повинна бути достатньою для відновлення сил (у кожному конкретному випадку батьки самостійно визначають тривалість сну, виходячи зі стану дитини). Гіперактивним дошкільникам рекомендується обідній сон (не менше 1 год.) для відновлення нервової системи. Це дозволяє значно знизити імпульсивність, збудженість дитини в другій половині дня [24].

Дуже часто гіперактивна дитина заспокоюється перед комп'ютером, і цим зловживає більшість батьків. Тривале перебування перед комп'ютером чи телевізором тільки сприяє емоційному збудженню і виснаженню дитини.

Слід пам'ятати, що гіперактивній дитині корисні спокійні прогулянки перед сном, під час яких батьки мають можливість відверто, наодинці поговорити з дитиною, дізнатися про її проблеми. А свіже повітря і розмірений крок допоможуть дитині заспокоїтися.

У повсякденному житті з гіперактивною дитиною важливими є релаксаційні вправи і вправи на тілесний контакт. Вони сприяють кращому усвідомленню дитиною свого тіла, а згодом виробляють звичку контролю рухової активності.

Також, на нашу думку, корисними і дієвими є методи творчої психокорекції в роботі з гіперактивною дитиною. Зокрема ми рекомендували батькам використовувати образотворчу терапію (малювання або розфарбовування), казкотерапію (перенесення поведінки казкових героїв в реальні життєві ситуації). Основне в застосуванні різних методик психотерапії – не перевантажити дитину й уникати «ситуації примусу».

Настанови батькам у взаємодії з гіперактивними дітьми:

- працюйте з дитиною на початку дня, а не ввечері;
- знизьте робоче навантаження на дитину, діліть завдання на коротші, але частіші періоди, використовуйте фізкультурні хвилинки;
- будьте артистичними, експресивними та емоційними у спілкуванні;
- знижуйте вимоги до акуратності на початку роботи, щоб сформувати почуття успіху в дитини;
- під час занять садіть дитину поряд із собою;
- використовуйте тактильний контакт (елементи масажу, погладження, часті обійми);
- домовляйтеся з дитиною про ті чи ті дії заздалегідь, дотримуйтесь обіцяного;

- давайте короткі, чіткі і конкретні інструкції;
- використовуйте гнучку систему заохочень і покарань;
- заохочуйте дитину відразу ж, не відкладаючи на потім;
- надавайте дитині можливість вибору;
- завжди залишайтеся спокійними і врівноваженими;
- у своїх взаєминах з дитиною підтримуйте позитивну установку: хваліть її щоразу, коли вона на це заслужила, помічайте успіхи – це дасть змогу закріпити впевненість дитини у своїх силах;
- уникайте повторення слів «ні!» і «не можна!»;
- розмовляйте стримано, спокійно, лагідно і м'яко;
- давайте дитині лише одне завдання на певний відрізок часу, щоб вона могла його завершити;
- для підкріплення усних інструкцій використовуйте зорову стимуляцію (плакати і таблиці з правилами поведінки чи розпорядку дня);
- заохочуйте дитину до всіх видів діяльності, що потребують концентрації уваги (наприклад, робота з кубиками, розфарбовування, читання тощо);
- підтримуйте всією сім'єю чіткий розпорядок дня: час прийому їжі, занять, ігор і сну щодня має відповідати цьому розпорядку;
- уникайте значного скупчення людей: гіперактивній дитині психологічно складно перебувати у великих магазинах, на ринках, у людних кафе;
- під час ігор обмежуйте дитину лише одним партнером, уникайте неспокійних, галасливих друзів;
- оберігайте дитину від перевтоми, оскільки це призводить до зниження самоконтролю і наростання гіперактивності;
- давайте дитині змогу витратити надмірну енергію: корисна щоденна фізична активність на свіжому повітрі, тривалі прогулянки, біг, спортивні заняття, плавання тощо;
- спілкуйтеся з іншими батьками, які мають таких дітей, аналізуйте їх досвід;

- одразу хваліть і винагороджуйте дитину за хорошу поведінку;
- будьте послідовні у питаннях дисципліни: якщо хтось залишається з дитиною під час вашої відсутності, переконайтеся, що він дотримується ваших методів;
- завдання мають бути простими і конкретними, наприклад: «Почисти зуби. Одягайся. Іди снідати», замість узагальненого завдання: «Збирайся у садок»;
- підтримуйте дитину в усьому, у чому вона сильна, особливо у спорті, творчості і заняттях за інтересами;
- у кімнаті дитини має бути якомога менше предметів, іграшки повинні бути розкладені так, щоб не відволікати увагу.

Наприкінці реалізації психокорекційної програми батьки отримали розроблену нами пам'ятку, яка містила загальні рекомендації з врахуванням індивідуальних особливостей гіперактивної дитини, виявлених в процесі реалізації експериментальної програми і конкретної ситуації в сім'ї. Пропонуємо орієнтовну пам'ятку для батьків, яка допоможе зробити взаємодію з дитиною ефективнішою.

Пам'ятка для батьків:

- ваша дитина повинна відчувати вашу послідовність і відповідальність, об'єктивність і розсудливість в оцінці її вчинків і поведінки;
- не карайте свою дитину, не розібравшись у ситуації, з чужих слів;
- не приймайте формальне рішення про покарання своєї дитини;
- поважайте у своїй дитині людину, не ображайте і не принижуйте її;
- не бійтеся розповідати своїй дитині про свої промахи в її віці, адже це тільки допоможе дитині зрозуміти вас і себе;
- вимагайте від дитини говорити тільки правду, якою б вона для вас не була;
- захищайте свою дитину, якщо ви впевнені в тому, що вона не скоювала поганого вчинку;

- карайте дитину, не принижуючи її людську гідність;
- караючи дитину, дотримуйтеся єдиної лінії покарання, не приховуйте від одного з батьків провину дитини, адже це може призвести до втрати вашого авторитету;
- будьте терплячими в покаранні, будь-який промах дитини не залишайте поза увагою;
- у промахах і провині своєї дитини не намагайтеся звинувачувати інших людей;
- «хто старе пам'ятає, той щастя не має», – згадуйте це прислів'я тоді, коли маєте намір дорікати дитині за поганий вчинок, який вона колись скоїла;
- спілкуйтеся зі своєю дитиною, – часто вона здійснює погані вчинки, щоб звернути на себе увагу.

Батькам варто пам'ятати, що ГРДУ – це проблема, яку неможливо подолати повністю за три місяці роботи з фахівцем (участь у психокорекційній програмі). Батьки мають знати, що тільки їх розуміння і знання проблеми та відповідний постійний супровід приведе до позитивного результату. Головне у співпраці з гіперактивною дитиною – терпіння і розуміння «ненавмисності» поганої поведінки, заохочення до потрібних дій. Загальна рухова активність з роками зменшується, а у деяких дітей зникає зовсім. Важливо, щоб дитина до цього часу не набула супутніх розладів, сталої деструктивної поведінки, негативізму і комплексів, які зіпсують її життя.

3.5. Результати контрольного етапу психолого-педагогічного експерименту

Після закінчення формувального експерименту, під час якого було реалізовано типову комплексну суб'єкт-орієнтовану мультимодальну

програму психокорекції гіперактивності старших дошкільників, було здійснено контрольний зріз показників, що діагностувалися на констатувальному етапі емпіричного дослідження (Див. Додаток В). Порівняння інтенсивності змін динамічних рядів описових статистик контрольної (таблиця 3.1) та експериментальної (таблиця 3.2) груп дозволило зробити обґрунтований висновок про ефективність впровадженої психокорекційної програми. Зауважимо, що гіпотеза дослідження полягала в тому, що ефективність психокорекції гіперактивності дошкільників визначається тренуванням дефіцитарних психосоматичних функцій (довільної уваги, пам'яті, уяви) та цілеспрямованим розвитком самоконтролю поведінки. Відповідно незалежною змінною в процесі емпіричного дослідження була комплексна суб'єкт-орієнтована мультимодальна програма психокорекції гіперактивності дошкільників, а залежними змінними – ознаки гіперактивності: основні (обсяг, рівень стійкості і продуктивності уваги, рівень імпульсивності) та додаткові (рівні самооцінки, агресивності і схильності до асоціальної поведінки).

Таблиця 3.1

Динаміка показників дітей з ГРДУ у контрольній групі

№ п/п	Показники (рівень)	Констатувальний зріз		Контрольний зріз		Достовірність відмінностей за критерієм Вілкоксона
		Середнє значення	Стандартне відхилення	Середнє значення	Стандартне відхилення	
1	Обсяг уваги	1,64	0,81	1,73	0,65	0,564
2	Продуктивність і стійкість уваги	1,91	0,70	2,00	0,63	0,564
3	Загальна самооцінка	1,82	0,40	1,73	0,47	0,317
4	Асоціальність	1,73	0,65	1,9	0,70	0,157
5	Агресивність	1,36	0,51	1,64	0,67	0,083
6	Імпульсивність	2,18	0,60	2,18	0,60	1,00

Наведені дані свідчать про те, що показники уваги у контрольній групі між двома діагностичними зрізами дещо покращилися. Можна припустити, що причиною цих змін є підготовка батьками і вихователями дітей до школи, зокрема відвідування підготовчих занять у школі, навчальні заняття в дошкільному закладі тощо. Зате показники поведінкової активності та загальної самооцінки демонструють тенденцію до зниження (погіршення), що посилює соціально-психологічну дезадаптації досліджуваних дошкільнят. Проте ніде ці зміни не є статистично значущими.

Таблиця 3.2

Динаміка показників дітей з ГРДУ в експериментальній групі

№ п/п	Показники (рівень)	Констатувальний зріз		Контрольний зріз		Достовірність відмінностей за критерієм Віллкоксона
		Середнє значення	Стандартне відхилення	Середнє значення	Стандартне відхилення	
1	Обсяг уваги	1,64	0,67	2,45	0,82	0,003
2	Продуктивність і стійкість уваги	1,91	0,70	2,64	0,67	0,005
3	Загальна самооцінка	1,81	0,98	2,36	0,50	0,034
4	Асоціальність	1,64	0,67	1,55	0,52	0,317
5	Агресивність	1,61	0,67	1,18	0,40	0,025
6	Імпульсивність	2,27	0,65	1,55	0,52	0,005

Статистичні дані, наведені в таблиці 3.2, свідчать про значуще зростання всіх показників уваги в досліджуваних експериментальної групи, посилення аутосимпатії та самоприйняття, що відобразилося в суттєвому підвищенні самооцінки. Значно поліпшилися й поведінкові характеристики, що проявилось у зниженні показників імпульсивності, агресивності та схильності до асоціальних дій. Динаміка всіх показників, за винятком останнього, є статистично значущою.

Очевидно, побоювання вихователів, котрі виступали в ролі експертів, щодо конструктивності поведінки їхніх «особливих» підопічних є доволі

стійкими і, можливо, виправданими. Адже до гіперактивності слід пристосуватися як оточенню дитини, так і самій людині навчитися жити з цією особливістю. Цілковите опанування гіперактивності можливе при формуванні продуктивного в своїй основі індивідуального стилю життєдіяльності, але це завдання вирішується на вищій щаблях психічного розвитку й на пізніших етапах онтогенезу.

Порівняння результатів другого діагностичного (контрольного) зрізу експериментальної та контрольної груп показують переконливе зниження основних (обсяг, продуктивність і стійкість уваги, імпульсивність) та супутніх (загальна самооцінка, агресивність і асоціальність) показників гіперактивності старших дошкільників, що свідчить про ефективність реалізованої комплексної суб'єкт-орієнтованої мультимодальної програми психокорекції гіперактивного розладу з дефіцитом уваги у дітей.

Важливим елементом впровадження комплексної суб'єкт-орієнтованої мультимодальної програми психокорекції гіперактивності дошкільників була паралельна робота з батьками і вихователями. Тому варто проаналізувати її результати і враження батьків та вихователів після завершення програми. Нами було запропоновано анкету для батьків гіперактивних дітей перед початком реалізації психокорекційної програми, щоб з'ясувати рівень розуміння ними проблеми і отримати згоду на участь у програмі психоедукації для батьків та дозвіл на участь їх дітей у психокорекційних заняттях. Таких батьків було 22 відповідно до кількості виявлених дітей з ознаками гіперактивності.

***Анкета для батьків гіперактивних дітей перед початком
впровадження психокорекційної програми:***

1. Чи знали Ви про гіперактивний розлад з дефіцитом уваги (ГРДУ) до вступу Вашої дитини в дошкільний навчальний заклад?
2. З якого віку Ви спостерігали підвищену активність Вашої дитини?

3. Які ознаки ГРДУ непокоять Вас найбільше (гіперактивність, імпульсивність, неухажність)?

4. Чи доводилося Вам чути зауваження від інших людей щодо поведінки Вашої дитини (неслухняність, невихованість)?

5. Які методи Ви використовували для вгамування чи заспокоєння своєї дитини (заохочення, покарання, ігнорування, залякування тощо)?

6. Чи зверталися Ви коли-небудь до спеціалістів (лікарів, психологів) з приводу поведінки Вашої дитини?

7. Чи помічаєте Ви відставання в загальному розвитку своєї дитини порівняно з однолітками?

8. Чи спостерігали Ви підвищений рівень конфліктності чи навіть агресії у Вашої дитини під час спілкування з іншими дітьми та дорослими?

9. Чи даєте Ви згоду на участь своєї дитини в експериментальній програмі психологічної корекції гіперактивності для дошкільників?

10. Чи погоджуєтеся Ви брати участь у спеціальній програмі психоедукації (психологічної освіти) для батьків гіперактивних дітей?

За результатами анкетування встановлено, що 15 батьків (68%) раніше нічого не знали про гіперактивний розлад з дефіцитом уваги (ГРДУ), решта цікавилася можливими причинами надмірної активності своєї дитини в Інтернеті або консультувалися з педіатрами. Проте визначальним є той факт, що ніхто з батьків не зазначив, що раніше звертався за кваліфікованою медичною чи психологічною допомогою з метою постановки діагнозу або корекції розладу.

Майже всі батьки (95%) відзначили, що спостерігали підвищену активність своєї дитини ще з немовлячого віку. Щодо ознак ГРДУ, які найбільше турбують батьків, то було вказано на прояви надмірної рухливості та імпульсивності, які найчастіше є критеріями «поганої» поведінки та виникнення конфліктів у сім'ї.

Практично всі батьки за результатами опитування визнали, що спостерігали підвищений рівень конфліктності й агресії у спілкуванні з іншими дітьми та дорослими. Прикметно, що тільки 5 батьків (23%) зазначили, що помітили відставання в загальному розвитку своєї дитини порівняно з однолітками.

Після завершення реалізації програми комплексної суб'єкт-орієнтованої мультимодальної психокорекції була запропонована анкета для 11 батьків гіперактивних дітей експериментальної групи.

Анкета для батьків гіперактивних дітей після завершення програми психокорекції

1. Чи брали Ви участь у всіх заходах програми психоедукації для батьків гіперактивних дітей (індивідуальні зустрічі з психологом, лекції, тренінги)?
2. Чи брали Ви участь у психокорекційних заняттях з Вашою дитиною?
3. Чи вважаєте дану програму корисною для Вас?
4. Чи корисним був для Вас навчально-методичний посібник «Психокорекція гіперактивності дошкільника»?
5. Чи змінилися стратегії Вашої поведінки і спілкування з дитиною?
6. Чи обговорювали Ви з іншими членами родини особливості виховання Вашої дитини, чи ділитеся знаннями, отриманими під час реалізації програми?
7. Чи покращився мікроклімат у Вашій сім'ї після завершення програми?
8. Чи підтримуєте Ви зв'язок з іншими батьками гіперактивних дітей (ділитеся досвідом, успіхами і невдачами, враженнями від експериментальної програми)?
9. Чи вважаєте Ви за потрібне і надалі підтримувати зв'язок із психологом дитячого навчального закладу, а згодом і загальноосвітньої

школи з метою подальшого психологічного супроводу адаптації дитини до нових умов навчання і виховання?

10. Чи готові Ви підтримувати і розвивати запропоновані методи виховання гіперактивної дитини і техніки тренування дефіцитарних функцій після закінчення програми психокорекції в дошкільному навчальному закладі?

Аналіз відповідей дав нам змогу з'ясувати результативність процесу психоедукації та рівень готовності батьків продовжувати, підтримувати і розвивати спеціальні техніки виховання і супроводу своєї дитини. Всі батьки з означеної групи пройшли тренінг батьківської компетентності, відвідували лекції та мали індивідуальні зустрічі з психологом. Проте тільки двоє батьків кілька разів змогли бути присутніми під час індивідуальних і групових психокорекційних занять упродовж трьох місяців реалізації програми психокорекції. Всі батьки відзначили запропоноване нами навчання в рамках програми психоедукації корисним і потрібним для себе; вони зазначили, що використовують наш навчально-методичний посібник «Психокорекція гіперактивності у дошкільників» і спілкуються з іншими членами родини щодо особливих вимог до виховання гіперактивної дитини, а також підтримують зв'язок з батьками гіперактивних дітей. 9 (82%) батьків відмітили, що після участі в програмі мікроклімат в їхній сім'ї покращився і спілкування з дитиною стало більш злагодженим. Проте, мусимо відзначити, що, на жаль, часто сім'ї гіперактивних дітей є неблагополучними з різних причин, і розвиток чи супровід таких дітей в контексті родини потребує окремих досліджень, оскільки будь-яка психокорекційна робота фахівців буде знівельована, якщо домашні умови проживання і розвитку гіперактивної дитини будуть морально і психологічно незадовільними.

10 батьків (91%) висловили готовність надалі підтримувати зв'язок з психологом дошкільного навчального закладу, а згодом і школи з метою

ефективного психологічного супроводу їхньої дитини, використовувати і розвивати запропоновані техніки виховання гіперактивної дитини.

Наші спостереження показали, що батьки гіперактивних дітей краще взаємодіяли з психологами, ніж з вихователями. На нашу думку, причиною даного факту може бути те, що вихователі переважно скаржилися на поведінку дитини як «неслухняної», «невихованої». Психолог же допоміг батькам зрозуміти, що причиною такої поведінки є розлад, зумовлений біологічно, хоча його перебіг та наслідки залежать від багатьох обставин і насамперед від продуктивної взаємодії сім'ї з психологом та іншими фахівцями.

Як вже зазначалося, до участі в проведенні психокорекційних занять ми залучали практичних психологів і вихователів дошкільних занять. Зокрема вихователі відзначили, що застосовують у своїй повсякденній виховній роботі наші рекомендації щодо виховання гіперактивних дітей і способів ефективної взаємодії з ними: добре зарекомендували себе вправи на заспокоєння гіперактивної дитини («Клубочок» І. Брязгунов, 2008), впроваджують елементи арттерапії, систему заохочень і підтримання успіху тощо, а також постійно консультуються з психологом і батьками щодо особливостей виховання гіперактивної дитини.

Загалом можна констатувати продуктивність обраного формату формувального експерименту, що охоплював комплексну типову суб'єкт-орієнтовану мультимодальну програму психокорекції гіперактивності дошкільників, доповнену психогімнастичними заняттями, програму спеціальної психоедукації батьків і психологічної підтримки вихователів задля створення комфортного декомпенсуючого й фасилітативного педагогічного середовища в сім'ї та в дитячому садку. Обраний методологічний принцип конструювання змісту і методів психокорекції гіперактивності дошкільників – принцип інтегральної суб'єктності – довів свою прикладну ефективність і дозволив інтерпретувати емпіричні показники

динаміки контрольованих змінних в іншому, ніж досі було прийнято, парадигмальному контексті. Це робить проведене нами дослідження придатним до застосування не стільки в клініко-психологічній, а й в більш розповсюдженій – психолого-педагогічній практиці.

Висновки до третього розділу

1. На сьогоднішній день медикаментозна терапія у поєднанні з когнітивно-біхевіоральною терапією та тренінгами батьківської компетентності є найпоширенішими засобами полегшення симптомів гіперактивного розладу з дефіцитом уваги у дітей. Проте останнім часом засвідчили свою ефективність і інші форми надання психолого-педагогічної допомоги дітям з ГРДУ, як-от: тренування виконавчих функцій, ігровий груповий тренінг, метод візуалізації й елементи аутогенного тренування та трансцендентальної медитації, сімейна психотерапія, методика ескалації тактильного контакту, арт-, музико- і казкотерапія, фізична реабілітація тощо.

2. Авторська типова комплексна суб'єкт-орієнтована мультимодальна програма психокорекції гіперактивності дошкільників об'єднує каузальний (вплив на психосоматичні причини ГРДУ) і телеологічний (фасилітація особистісного розвитку) аспекти реалізації принципу інтегральної суб'єктності, обґрунтованого З. Карпенко для пояснення аксіогенезу особи. Дана програма передбачає зосередження психокорекційних впливів на рівні актуального, тут – умовно-суб'єктного – розвитку, що передбачає тренування дефіцитарних психосоматичних функцій з метою гальмування імпульсивності й розвитку антиципації та планування власних дій дитини; подальше проникнення в зону найближчого розвитку – на рівень моносуб'єкта з його потребою в самоконтролі, у формуванні адекватної самооцінки й раціонального рівня домагань; актуалізацію рівня полісуб'єкта

шляхом відпрацювання комунікативних навичок і формування просоціальної спрямованості особистості.

3. Означена програма охоплювала, крім самих гіперактивних дітей, їхніх батьків та вихователів дошкільних навчальних закладів. Безпосереднім запровадженням програми опікувався практичний психолог дошкільного навчального закладу.

4. Програма психокорекції гіперактивності дошкільників передбачала поєднання двох індивідуальних, одного групового психокорекційного й одного психогімнастичного заняття на тиждень упродовж трьох місяців у групах 5-8 осіб змішаного складу (не лише дітей з ГРДУ) з метою взаємонавчання та інших переваг інклюзивної освіти.

5. Типова структура психокорекційного заняття складалася з таких етапів: привітання, гімнастика-імітація, ігри на розвиток дрібної моторики з елементами арт-терапії, ігри на відпрацювання дефіцитарних функцій, релаксація.

6. Заняття психогімнастикою відбувалися в чотири етапи: мімічні і пантомімічні етюди на вираження окремих емоцій, а також на розвиток уваги і пам'яті; вираження окремих рис характеру та їх емоційного супроводу за допомогою інсценізації; ігри-драматизації з наступним обговоренням вчинків персонажів; зняття психоемоційного напруження, релаксація, навіювання бажаних станів і установок.

7. Методичні рекомендації для вихователів, що працюють з гіперактивними дітьми, містили настанови щодо чіткого розпорядку дня і пред'явлення конкретних правил поведінки, демонстрації поваги і підтримки дитини з ГРДУ, раціональної організації фізичного простору, використання гнучкої системи заохочень і покарань, спрямування енергії дитини на творчі й корисні справи, налагодження партнерської взаємодії з сім'єю гіперактивної дитини та ін.

8. Програма психоедукації для батьків гіперактивних дошкільників передбачала ознайомлення з патогенетичними й психологічними особливостями дітей з ГРДУ і навчання їх технік когнітивно-поведінкового спрямування та експресивних психотехнік з метою оптимізації внутрішньосімейних стосунків та виховання дитини з ГРДУ. До неї входили: тренінг батьківської компетентності, лекція-практикум «Основні принципи поведінкового керівництва», тренінг соціальних навичок, підсумкова зустріч «Готуємо гіперактивну дитину до навчання в школі». Особлива увага приділялася розвитку в батьків толерантності, стресостійкості, педагогічного такту, комунікативної гнучкості, справедливості, самодисципліни.

9. Контрольний зріз основних (обсяг, продуктивність і стійкість уваги, імпульсивність) і супутніх (рівень самооцінки, агресивності й асоціальності) показників дітей з ГРДУ, показав достовірне їх покращення у бік вікової норми в експериментальній групі порівняно з контрольною групою. Ці дані, а також результати пост-експериментального інтерв'ю батьків засвідчили ефективність сконструйованої на засадах суб'єктного підходу типової комплексної мультимодальної програми психокорекції дошкільників.

ВИСНОВКИ

Дане дисертаційне дослідження було спрямоване на верифікацію суб'єкт-орієнтованої моделі психокорекції гіперактивності дошкільників шляхом реалізації відповідної комплексної мультимодальної програми. В результаті дослідження було констатовано:

1. Історія дослідження феномену гіперактивності засвідчує домінування патогенетичних, клінічних концепцій, що пов'язують етіологію цього розладу з вродженими органічними причинами. Це, насамперед, концепція мінімальної мозкової дисфункції П. Вендера, доповнена дослідженнями широкого спектру нейрофізіологічних механізмів і пренатальних чинників розвитку людини, що зумовлюють порушення властивостей уваги, пам'яті, мовлення, моторики дитини при здебільшого нормальному інтелектуальному розвитку.

Феномен гіперактивності визначається як порушення, викликане мінімальною мозковою дисфункцією, що характеризується надмірною активністю, дефектами концентрації уваги, імпульсивністю в соціальній поведінці, проблемами в комунікації, академічними труднощами і низькою самооцінкою.

Психолого-педагогічні студії гіперактивності, або гіперактивного розладу з дефіцитом уваги (ГРДУ), конкретизують основні характеристики цього феномену, а також описують його супутні прояви: непереносимість стресу, конфліктність, тривожність, агресивність, знижену здатність до адаптації тощо, що тривалий час пов'язувалося більше з педагогічною занедбаністю, яка вела до затримки психічного розвитку, аніж із вадами нейрофізіологічного пренатального дозрівання.

Незважаючи на біологічні причини появи гіперактивності, прогноз розвитку дітей з ГРДУ залежить від умов життя і особливостей їх виховання, доступності психологічного супроводу і спеціалізованої психотерапевтичної

допомоги. Це дає змогу запобігти інсталяції патологічних дезадаптивно-захисних патернів соціальної поведінки, попередити формування різноманітних девіацій в пубертатному віці, зняти стигматизацію дітей з ГРДУ і сформувати у них продуктивний стиль життя і самореалізації.

2. Обґрунтовано концептуально-методичну модель емпіричного (діагностико-експериментального) дослідження гіперактивності у дошкільників, яка пояснює гальмування і деформацію психосоціального розвитку дошкільника затримкою розвитку його суб'єктності в сенсомоторному, атенціональному, мнемічному, афективно-конативному, мовленнєвому, комунікативному аспектах.

Перевірка моделі здійснювалася через організацію психолого-педагогічного експерименту в чотири етапи: скринінг дітей з ГРДУ, їх поглиблена психодіагностика на констатувальному зрізі, впровадження відповідної психокорекційної програми, встановлення ефективності реалізованих психокорекційних заходів шляхом контрольного зрізу.

З метою діагностики гіперактивності дошкільників перевагу було віддано методикам, що визначають ступінь порушення основних (обсяг, стійкість і продуктивність уваги, імпульсивність) та супутніх (рівні самооцінки, агресивності й асоціальності) показників ГРДУ. Встановлено, що кожна 7-8 дитина з числа досліджених є гіперактивною, а співвідношення хлопчиків до дівчаток дорівнює 3:1. За всіма діагностованими показниками, крім рівня самооцінки, встановлено нижчі за середні характеристики щодо уваги та вищі щодо імпульсивності, агресивності й асоціальності.

3. Запропонована типова комплексна мультимодальна програма психокорекції гіперактивності дошкільників, базована на принципі інтегральної суб'єктності, являє собою змістове насичення фундаментально-технологічної моделі психокорекції ГРДУ і використовує передусім надбання різних форм когнітивно-поведінкової, сімейної й експресивної терапії.

Дана модель інтегрує каузальний (вплив на нейрофізіологічні психосоматичні причини ГРДУ) і телеологічний (фасилітація персогогенезу) плани корекції гіперактивності. Йдеться насамперед про роботу на актуальному (умовно суб'єктному) рівні розвитку дошкільника, що передбачає тренування дефіцитарних функцій з метою зменшення імпульсивності та розвитку антиципації в контексті формування довільної поведінки. Розповсюдження корекційних впливів на зону найближчого розвитку (моно-, а згодом і полісуб'єкта) передбачає тренування самоконтролю, розвиток адекватної самооцінки й раціонального рівня домагань, відпрацювання комунікативних навичок і формування просоціальної спрямованості особистості дошкільників з ГРДУ.

Програма психокорекції гіперактивності дошкільників охоплювала, крім самих дітей з ГРДУ, різних суб'єктів навчально-вихованого процесу: батьків, вихователів дошкільних закладів, медичних працівників при провідній ролі дитячого психолога в процесі їх психоедукації.

Результатами контрольного зрізу встановлено ефективність реалізованої комплексної суб'єкт-орієнтованої мультимодальної програми психокорекції гіперактивності дошкільників, що дозволило підняти показники їх психічного розвитку до вікових нормативів, оздоровити освітньо-соціалізувальне середовище й попередити формування поведінкових девіацій.

Перспективним напрямом майбутніх досліджень вважаємо пролонгований моніторинг психічного розвитку й особистісного становлення осіб з первинним діагнозом «ГРДУ» й апробацію програм гармонізації їхнього життєздійснення на пізніших етапах онтогенезу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства / Ю. А. Александровский. – М. : Медицина, 2000. – 496 с.
2. Алексеев О. Л. Комплексный подход к коррекции синдрома дефицита внимания с гиперактивностью / О. Л. Алексеев, А. А. Королева // Специальное образование. – 2010. – № 3. – С. 5–13.
3. Алексеева І. В. Гіперактивні діти: корекція поведінки / Ірина Алексеева, Марина Калмикова. – К. : Шкільний світ. – 2011. – 96 с.
4. Алексеева А. М. Оказание комплексной помощи семье с гиперактивным ребенком / А. М. Алексеева // Дошкольная педагогика. – Санкт-Петербург : изд-во «Детство-Прес». – 2007. – № 8. – С. 45–47.
5. Алексеева А. М. Решение психологических проблем в детском возрасте. Выбор специалиста / А. М. Алексеева // Дошкольная педагогика. – 2007. – № 3. – С. 49–51.
6. Алешина Ю. Е. Популярная психология для родителей: монография / Ю. Е. Алешина, О. В. Баженова, Ю. В. Баскина, Н. Л. Белопольская. – Санкт-Петербург : Союз, 1997. – 303 с.
7. Алферова В. В. Специфика системной организации деятельности мозга 6 и 7 лет / В. В. Алферова, Е. О. Волкова // Морфофункциональное созревание основных физиологических систем организма детей дошкольного возраста / под ред. М. В. Антроповой, М. М. Кольцовой. – М., 1983. – С. 28–44.
8. Альтхерр П. Гиперактивные дети: коррекция психомоторного развития: учебное пособие для студ. высш. учеб. заведений // П. Альтхерр, Л. Берг, А. Вельфль, М. Пассольт; пер. с нем. В. Т. Алтухова; науч. ред. рус. текста Н. М. Назарова. – М. : изд. центр «Академия», 2011. – 160 с.
9. Арнц А. Схема-терапія: модель роботи з частками / А. Арнц, Г. Якоб. – Львів : Свічадо, 2014. – 264 с.
10. Арцишевская И. Л. Психологический тренинг для будущих

первоклассников: конспекты занятий / И. Л. Арцишевская. – М.: Книголюб, 2008. – 72 с.

11. Арцишевская И. Л. Работа психолога с гиперактивными детьми в детском саду / И. Л. Арцишевская. – М. : Книголюб, 2003. – 64 с.

12. Бадалян Л. О. Невропатология / Л. О. Бадалян, – М. : Просвещение. – 2000. – 378 с.

13. Бадалян Л. О. Развивающийся мозг / Л. О. Бадалян // Обучение и воспитание детей «группы риска». – М., 1996. – С. 30–40.

14. Бадалян Л.О. Синдромы дефицита внимания у детей / Л. О. Бадалян, Н. Н. Заваденко, Т. Ю. Успенская // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 1993. – № 3. – С. 74–90.

15. Базова програма розвитку дитини дошкільного віку "Я у Світі" / АПН України / О. Л. Кононко (ред.та упоряд.). – К. : Світич, 2008. – 430 с.

16. Барашнев Ю. И. Истоки и последствия минимальных мозговых дисфункций у новорожденных и детей раннего возраста (полемиические размышления) / Ю. И. Барашнев // Акушерство и гинекология. – 1994. – № 3. – С. 20–24.

17. Барашнев Ю. И. К генезу минимальной мозговой дисфункции у детей / Ю. И. Барашнев, А. Э. Лицее // Рос. вестник перинатологии и педиатрии. – 1995. – № 6. – С. 11–17.

18. Баркли Р. Ваш непослушный ребенок / Р. Баркли, К. Бентон. – СПб. : Питер, 2004. – 218 с.

19. Бакли Р. Теория и практика тренинга / Р. Бакли, Дж. Кэйпл. – СПб. : Питер, 2002. – 352 с.

20. Баркова Ю. А. Групповая коррекция нарушений поведения у детей разного возраста / Ю. А. Баркова, Ж. М. Глозман // Психологическая наука и образование. – 2002. – № 3. – С. 104–110.

21. Безруких М. М. Ребенок-непоседа / М. М. Безруких. – М. : Вентана-Граф, 2006. – 63 с.

22. Белоусова Е. Д. Синдром дефицита внимания / гиперактивности / Е. Д. Белоусова, М. Ю. Никифорова // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2000. – № 3. – С. 39–42.

23. Брызгунов И. П. Дефицит внимания с гиперактивностью у детей / И. П. Брызгунов, Е. В. Касатикова. – М. : Медпрактика – 2002. – 128 с.

24. Брызгунов И. П. Непоседливый ребенок или все о гиперактивных детях / И. П. Брызгунов, Е. В. Касатикова. – М. : изд-во ин-та психотерапии, 2008. – 208 с.

25. Брызгунов И. П. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей (вопросы эпидемиологии, этиологии, диагностики, лечения, профилактики и прогноза) / И. П. Брызгунов, В. Р. Кучма. – М., 1994. – 43 с.

26. Выготский Л. С. Психология искусства / Л. С. Выготский. – М. : Искусство, 1986. – 366 с.

27. Выготский Л. С. Собрание сочинений: в 6-ти т. / Лев Семёнович Выготский / под ред. Д. Б. Эльконина. – М. : Педагогика, 1984. – Т.4. – 432 с.

28. Власова О. І. Педагогічна психологія / О. І. Власова. – К. : Либідь, 2005. – 400 с.

29. Воробушкова М. В. Особенности лечебной физкультуры у детей с минимальной мозговой дисфункцией / М. В. Воробушкова, Л. А. Жданова, А. М. Ширстов, В. К. Велитченко, В. В. Воробушкова // Материалы 3-го Российского научного форума РеаСпоМед. – М., 2003. – С. 31.

30. Газман О. С. Воспитание и педагогическая поддержка детей / О. С. Газман // Начальное образование. – 1998. – № 6. – С. 108–111.

31. Герасимов В. П. «Семейные» проблемы гиперактивных детей / В. П. Герасимов, Т. В. Ткаченко // Психолог в детском саду : научно-практический журнал. – Москва : ООО «Исследовательская группа «Социальные науки». – 2005. – № 1. – С. 39–45.

32. Глезерман Т. Б. Мозговые дисфункции у детей / Т. Б. Глезерман. – М. : Наука, – 1983. – 165 с.

33. Головин С. Ю. Словарь практического психолога / С. Ю. Головин. – Минск : Харвест, – 1998. – 800 с.
34. Горшенева С. В. Нейропсихологический анализ синдромов минимальных мозговых дисфункций / С. В. Горшенева // *Коррекционная педагогика*. – 2007. № 1 (19). – С. 24–27.
35. Горячева Л. Дети-"катастрофы". Как помочь гиперактивному ребенку / Л. Горячева, Л. Кругляк. – СПб. : Крылов. – 2008. – 192 с.
36. Гребенюк О. Підвищення компетентності вчителя в роботі з гіперактивними дітьми: заняття з учителями молодших класів / О. Гребенюк // *Соціальний педагог*. – К. : Шкільний світ. – 2010. – № 8 (серпень). – С. 58–60.
37. Грибанов А. В. Синдром дефіцита уваги з гіперактивністю у дітей / А. В. Грибанов, Т. В. Волокитина, Е. А. Гусева, Д. Н. Подоплекин. – М. : Академічний проєкт. – 2004. – 176 с.
38. Гуріна О. Корекція гіперактивності учнів: взаємодія психолога і вчителя / О. Гуріна, Л. Маслюк, Т. Дербеньова, Т. Іванова // *Психолог*. – К. : Шкільний світ. – 2006. – № 7 (лютий). – С. 24–26.
39. Гуріна О. Робота з гіперактивними дітьми: психологічна компетентність учителя / О. Гуріна // *Психолог*. – К. : Шкільний світ. – 2006. – № 29 (серпень). – С. 20–35.
40. Гуцало Е. У. Психологічна допомога гіперактивним дітям / Е. У. Гуцало // *Актуальні проблеми практичної психології*. – Херсон : 2006. – С. 77–80.
41. Дробинская А. О. Синдром гиперактивности с дефицитом внимания / А. О. Дробинская // *Дефектология*. – 1996. – № 3. – С. 72–74.
42. Єрофеєва А. Гіперактивна дитина / Анна Єрофеєва // *Шкільний світ*. – 2011. – № 14. – С. 5–8.
43. Єськова А. О. Психологічні особливості виявлення та подолання гіперактивності у дітей старшого дошкільного та молодшого шкільного віку /

А. О. Єськова // Гуманізація навчально-виховного процесу. – Слов'янськ : 2006. – Вип. 31. – С. 243–248.

44. Журба Л. Т. Минимальная мозговая дисфункция у детей / Л. Т. Журба, Е. М. Мастюкова // Научный обзор. М. : ВНИНМИ. – 1980. – 50 с.

45. Заваденко Н. Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Н. Н. Заваденко. – М. : Издательский центр «Академия». – 2005. – 256 с.

46. Заваденко Н. Н. Детская гиперактивность: особенности диагностики и лечения / Н. Н. Заваденко // Российский медицинский журнал. – 1999. – № 4. – С. 25–31.

47. Заваденко Н. Н. Диагноз и дифференциальный диагноз синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей / Н. Н. Заваденко // Школьный психолог. – 2000. – № 4. – С. 2–6.

48. Заваденко Н. Н. Как понять ребенка: дети с гиперактивностью и дефицитом внимания / Н. Н. Заваденко. – М. : Издательский дом «Школа-Пресс». – 2001. – 122 с.

49. Заваденко Н. Н. Гиперактивность с дефицитом внимания: факторы риска, возрастная динамика, особенности диагностики / Н. Н. Заваденко, Н. Ю. Суворинова, М. В. Румянцева. – Дефектология. – 2003. – № 6. – С. 6–11.

50. Заика Е. В. Синдром ослабленного внимания и гиперактивности у детей и его коррекция (анализ зарубежных исследований) / Е. В. Заика, С. А. Готвянский // Практична психологія та соціальна робота. – К. : компанія «Социс». – 2011. – №15. – С. 41–46.

51. Заика Е. В. Трансцендентальная медитация Махариши: влияние на психіку и поведение (анализ зарубежных исследований) / Е. В. Заика // Практична психологія та соціальна робота. – 2007. – № 7. – С. 55–59.

52. Засекіна Л. В. Гіперактивний розлад із дефіцитом уваги: теорія та практика: монографія / Л. В. Засекіна, О. А. Соловей. – Луцьк : Волин. нац.

ун-т ім. Лесі Українки. – 2011. – 227 с.

53. Зотова Н. Гиперактивность: как играть с гиперактивными детьми? Чем занять их в детском саду? / Н. Зотова // Дошкольное воспитание. – М. : Дошкольное воспитание. – 2007. – № 2. – С. 89–104.

54. Ілляшенко Т. Дефіцит уваги у дітей з гіперактивністю / Т. Ілляшенко // Початкова школа. – К. : Преса України. – 2006. – № 11. – С. 4–10.

55. Ілляшенко Т. Діти з гіперактивними розладами та дефіцитом уваги / Т. Ілляшенко // Початкова школа. – К. : Преса України, 2009. – № 6. – С. 54–56.

56. Ілляшенко Т. Діти з гіперактивним розладом і дефіцитом уваги / Т. Ілляшенко // Психолог. – К.: Шкільний світ, 2010, № 44. – С. 5–12.

57. Ілляшенко Т. Як допомогти дитині з гіперактивним розладом / Т. Ілляшенко // Початкова школа. – К. : Преса України. – 2013. – №2. – С. 44–46.

58. Калита О. Як працювати з гіперактивними дітьми : заняття для педагогів / О. Калита // Психолог. – 2007. – № 48. – С. 3–7.

59. Калініна Ю. Гіперактивний розлад та дефіцит уваги / Ю. Калініна // Психолог. – 2006. – № 39. – С. 26–30.

60. Карпенко З.С. Аксіологічна психологія особистості: [монографія] / Зіновія Степанівна Карпенко. – Івано-Франківськ : Лілея-НВ, 2009. – 512 с.

61. Карпенко З. С. Герменевтика психологічної практики / Зіновія Степанівна Карпенко. – К. : РУТА, 2001. – 160 с.

62. Карпенко З. С. Експресивна психотехніка для дітей / Зіновія Степанівна Карпенко. – К. : НПЦ Перспектива, 1997. – 96 с.

63. Кащенко В. П. Педагогическая коррекция: испр. недостатков характера у детей и подростков: кн. для учителя / В. П. Кащенко – 2-е изд. М. : Просвещение, 1994. – 223 с.

64. Кинтанар Л. Методы нейропсихологической коррекции мексиканских дошкольников с дефицитом внимания / Л. Кинтанар,

Ю. Соловьева // Культурно-историческая психология. – 2006. – № 3. – С. 88–98.

65. Козак М. Я. Гіперактивний розлад з/без дефіциту уваги в історико-педагогічній ретроспективі / М. Я. Козак, Т. М. Фаласеніді // Наукове періодичне видання: Український психолого-педагогічний науковий збірник. – Львів. – 2015. – № 6. – С. 153–158.

66. Козачек О. Гиперктивный ребенок: как его воспитывать и обучать? / О. Козачек // Народное образование. – М., – 2009. – № 7. – С. 197–201.

67. Костюк Г. С. Избранные психологические труды / Григорий Силович Костюк. – М. : Педагогика, 1998. – 304 с.

68. Костюк Г. С. Вікова психологія / Григорій Силович Костюк. – К. : Рад. шк., 1976. – 268 с.

69. Кошелева Л. Д. Диагностика и коррекция гиперактивности ребёнка / Л. Д. Кошелева, Л. С. Алексеева. – М. : НИИ семьи, 1997. – 65 с.

70. Крайг Г. Психология развития / Грэйс Крайг. – СПб. : Питер, 2002. – 992 с.

71. Кропотов Ю. Д. Современная диагностика и коррекция синдрома нарушения внимания (нейрометрика, электромагнитная томография и нейротерапия). / Ю. Д. Кропотов. – СПб. : «ЭЛБИ-СПб», 2005. – 148 с.

72. Кузнецов В. Н. Синдром внимания с гиперактивностью (СДВГ) у детей и подростков. Проблемы диагностики и терапии / В. Н. Кузнецов // Практична психологія та соціальна робота. – 2012. – № 3. – С. 2–9.

73. Куцінко О. Особливості роботи з проблемними дітьми / О. Куцінко // Директор школи. – К. : Шкільний світ. – 2010. – № 8 (лютий). – С. 28–31.

74. Кучма В. Р. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей: (вопросы эпидемиологии, этиологии, диагностики, лечения, профилактики и прогноза) / В. Р. Кучма, И. П. Брызгунов. – М. : Олег и Павел, 1994. – 98 с.

75. Кучма В. Р. Дефицит внимания с гиперактивностью у детей в

России: распространенность, факторы риска и профилактика / В. Р. Кучма, А. Г. Платонова. – М. : РАРОГ, 1997. – 56 с.

76. Лазебник Т. А. Современные аспекты диагностики и лечения синдрома нарушения внимания с гиперактивностью у детей. Методическое пособие / Т. А. Лазебник, Л. С. Чутко, Ю. Д. Кропотов, А. С. Иова. – СПб : МАЛО, 2002. – 48 с.

77. Лебедева Л. Корекція гіперактивності: поради арт-терапевта / Л. Лебедева // Психолог. – К. : Шкільний світ, 2005. – № 6 (лютий). – С. 23–25.

78. Лебедева Л. Д. Практика арт-терапии: подходы, диагностика, система занятий / Л. Д. Лебедева. – СПб. : Речь, 2003, – 256 с.

79. Левченко В. Психолого-педагогічні засади зниження гіперактивності у дітей // В. Левченко, О. Левченко // Освіта на Луганщині. Науково-методичний журнал. – № 1. – 2013. – С. 67–72.

80. Ліпартеліані Д. Особливості виховання гіперактивних дітей молодшого шкільного віку / Д. Ліпартеліані // Початкова школа. – К. : Початкова школа, 2011. – № 4. – С. 47–48.

81. Люблінська Г. О. Дитяча психологія / Ганна Олександрівна Люблінська. – К. : Вища школа, 1974. – 355 с.

82. Лютова Е. К. Шпаргалка для взрослых: психокоррекционная работа с гиперактивными, агрессивными, тревожными и аутичными детьми / Е. К. Лютова, Г. Б. Моница. – М. : Генезис, 2002. – 192 с.

83. Лютова Е. К. Шпаргалка для родителей / Е. К. Лютова, Г. Б. Моница. – СПб. : Речь, 2007. – 136 с.

84. Лютова Е. К. Тренинг эффективного взаимодействия с детьми / Е. К. Лютова, Г. Б. Моница. – СПб. : Речь, 2005. – 190 с.

85. Лурия А. Р. Основы нейропсихологии: учеб. пособие / А. Р. Лурия. – М. : Академия, 2003. – 384 с.

86. Макаренко С. Непосидько Філ. Психолого-медико-педагогічна допомога гіперактивним дітям / С. Макаренко // Шкільний світ. – 2008. – №

47. – С. 6–19.

87. Малышев В. Г. Основные способы коррекции ADHD-синдрома / В. Г. Малышев. – Москва : Спутник, 2008. – 196 с.

88. Марінушкіна О. Є. Порадник практичного психолога / О. Є. Марінушкіна, Ю. О. Замазій. – Харків : Основа, 2007. – 240 с.

89. Марценковський І. А. Програмно-цільове обслуговування дітей та підлітків з гіперкінетичним розладом / І. А. Марценковський, Я. Б. Бікшаєва та ін. // Здоровье Украины. – № 5/1. – 2009.

90. Мастюкова Е. М. Ребенок с отклонениями в развитии: ранняя диагностика и коррекция / Е. М. Мастюкова. – М.: Просвещение, 1992. – 95 с.

91. Международная классификация болезней 10-й пересмотр. – К. : Сфера, 2005. – 306 с.

92. Мещеряков Б. Г. Большой психологический словарь / Борис Гурьевич Мещеряков, Владимир Петрович Зинченко. – СПб. : Прайм Еврознак, 2006. – 672 с.

93. Мони́на Г. Б. Гиперактивные дети: психолого-педагогическая помощь: монография / Г. Б. Мони́на, Е. К. Лютова-Робертс, Л. С. Чутко. – СПб. : Речь, 2007. – 186 с.

94. Моні́на Г. Робота з гіперактивними дітьми / Г. Моні́на // Психолог. Бібліотека: Науково-виробниче видання. – 2005. – № 9. – С. 102–114.

95. Мурашова Е. В. Дети-«тюфяки» и дети-«катастрофы». Гиподинамический и гипердинамический синдром / Е. В. Мурашова. – Екатеринбург : У-Фактория, 2004. – 176 с.

96. Мустакас К. Игровая терапия / Кларк Мустакас. – СПб. : Речь, 2000. – 282 с.

97. Мухина В. С. Детская психология / В. С. Мухина. – М. : Просвещение, 1985. – 272 с.

98. Мэш Э. Детская патопсихология. Нарушения психики ребенка / пер. с англ. / Э. Мэш., Д. Вольф. – СПб. : ПРАЙМ-ЕВРОЗНАК, – 2003. – 384 с.

99. Наследов А. Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных / А. Д. Наследов. – СПб. : Речь, 2004. – 392 с.

100. Немов Р. С. Психология: учеб. для студ. высш. пед. учеб. заведений. Кн. 3 : психодиагностика. Введение в научное психологическое исследование с элементами математической статистики / Р. С. Немов. – М. : ВЛАДОС, 2001. – 640 с.

101. Никанорова М. Ю. Синдром дефицита внимания и гиперактивности / М. Ю. Никанорова, Е. Д. Белоусова // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2000. – № 3. – С. 39–42.

102. Обухівська А. Психологу про дітей з особливими потребами у загальноосвітній школі / А. Обухівська, Т. Ілляшенко, Т. Жук. – К. : Шкільний світ, 2012. – 128 с.

103. Оклендер В. Окна в мир ребенка. Руководство по детской психотерапии / В. Оклендер. – М. : Класс, 2010 – 245 с.

104. Осипова О. Программа по коррекции синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста (5-7 лет) / О. Осипова, М. Иванова // Практическая психология и логопедия. – 2007. – № 3. – С. 4–18.

105. Очеретяная Н. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей и подростков: проблема родителей или общества? Принципы диагностики, лечения и социальной адаптации детей с СДВГ / Н. Очеретяная // Здоровье Украины. – № 23 / 1. – 2008.

106. Панфілова М. Ігрові хвилинки з гіперактивними дітьми / М. Панфілова // Психолог. – К. : Шкільний світ, – 2005. – № 6 (лютий). – С. 20.

107. Пасечник Л. Гиперактивность: как быть? / Л. Пасечник // Дошкольное воспитание. – М. : Дошкольное воспитание. – 2007. – № 1. – С. 88–95.

108. Петрюк І. М. Гіперактивність та дефіцит уваги в дитячому віці як фактор шкільної дезадаптації / І. М. Петрюк // Міжнародна науково-практична конференція «Трансформація особистості в умовах соціально-політичних та економічних змін». – Чернівці, 2007. – С. 529–534.

109. Піддубна Н. Гіперактивність старших дошкільників: причини та психологічна підтримка дітей. Актуальні проблеми психолого-педагогічного та соціального супроводу дитини на ранніх етапах соціалізації / Н. Піддубна // Гуманізація навчально-виховного процесу. Частина І. – Слов'янськ. – 2010. – С. 223–230.

110. Политика О. И. Дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью / О. И. Политика. – СПб. : Речь, 2008. – 208 с.

111. Практикум по арт-терапии / под ред. А. И. Копытина. – СПб. : Питер, 2001. – 448 с.

112. Прима Е. В. Развитие социальной уверенности у дошкольников : пособие для педагогов дошкольных учреждений / Прима Е. В., Филиппова Л. В., Кольцова И. Н., Молостова Н. Ю. – М. : ВЛАДОС, 2002. – 224 с.

113. Прищепя Т. Гіперактивні діти / Тетяна Прищепя // Психолог. – 2008. – № 11. – С. 8–9.

114. Прокопів Л. Я. Дитяча гіперактивність як джерело підліткових девіацій / Л. Я. Прокопів // Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка Національної АПН України / За ред. С. Д. Максименка. – К., 2013. – Т. XV, Ч. 1. – С. 261–269.

115. Прокопів Л. Я. Експериментальна верифікація комплексної мультимодальної психокорекції дитячої гіперактивності / Л. Я. Прокопів // Проблеми сучасної психології : збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України / за наук. ред. С.Д. Максименка, Л.А. Онуфрієвої. – Кам'янець-Подільський : Аксіома, 2015. – Вип. 29. – С. 561–574.

116. Прокопів Л. Я. Комплексний підхід у вихованні і навчанні гіперактивних дошкільників / Л. Я. Прокопів // Психологія особистості. – 2013. – № 1(4). – С. 131–138.

117. Прокопів Л. Я. Методичні аспекти психологічної допомоги гіперактивним дітям / Л. Я. Прокопів // Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Серія №12. Психологічні науки: Зб. наукових праць. – К. : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2012. – № 36 (60). – С. 375–380.

118. Прокопів Л. Я. Особливості організації навчального процесу для дітей з гіперактивним розладом та дефіцитом у ваги (ГРДУ) / Л. Я. Прокопів // Науково-методичний збірник: Формування ключових компетентностей майбутнього педагога в процесі освітньої діяльності: посібник для вчителів та студентів коледжів. – Коломия: Редакційно-видавничий комітет педагогічного коледжу. – 2013. – С. 60–65.

119. Прокопів Л. Я. Проблеми психологічної діагностики синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю у дітей / Л. Я. Прокопів // II Міжнародна науково-практична конференція «Генеza буття особистості» (19 – 20 грудня 2011р.). – К. : ДП «Інформаційно-аналітичне агентство», 2011. – Т. 2. – С. 311–316.

120. Прокопів Л. Я. Психоедукація як метод допомоги сім'ї у вихованні гіперактивної дитини / Л. Я. Прокопів // Психологічна профілактика насилля і ворожості у суспільному та приватному житті: тези доповідей учасників Круглого столу (Івано-Франківськ, 5 травня 2015 року) / [редактор-упорядник З. С. Карпенко]. – Івано-Франківськ : Симфонія форте, 2015. – С. 56–60.

121. Прокопів Л. Я. Психокорекція гіперактивності в майбутніх школярів: з досвіду психологічної практики / Л. Я. Прокопів // Вісник Чернігівського національного педагогічного університету імені Т. Г. Шевченка. – Чернігів : ЧНПУ, 2012. – Випуск 103. – Т. 2. – С. 82–86.

122. Прокопів Л. Я. Психокорекція гіперактивності у дошкільників:

навчально-методичний посібник / Л. Я. Прокопів – Коломия : Вік, 2015. – 64с.

123. Прокопів Л. Феномен гіперактивності в дошкільників: ознаки та причини / Л. Прокопів // Збірник наукових праць: філософія, соціологія, психологія. – Івано-Франківськ : вид-во Прикарпатського національного університету імені Василя Стефаника, 2011. – Вип. 16. – Ч. 2. – С. 217–225.

124. Прокопів Л. Я. Методические особенности психокоррекционной работы с гиперактивными детьми / Л. Я. Прокопів // Личность в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности: Сборник научных статей III Международной научно-практической конференции / Под ред. Р. В. Кадырова. – Владивосток : Морской государственный университет, 2014. – С. 196–201.

125. Психологічна енциклопедія: А – Я / О. Степанов (авт.-упоряд.). – К., Академвидав, 2006. – 424 с.

126. Психологічний супровід дітей дошкільного і молодшого шкільного віку з гіперактивністю та дефіцитом уваги [Текст] : автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня канд. психол. наук. Спец. 19.00.04 – медична психологія / О. М. Тохтамиш ; Інститут психології ім.Г.С.Костюка АПН України (Київ). – Київ : ІП ім.Г.С.Костюка АПН України, 2010. – 16 с.

127. Ребер Артур. Большой толковый психологический словарь [Текст]. Т. 1 (А-О) / Артур Ребер. – М. : ВЕЧЕ : АСТ, 2000. – 592 с.

128. Рогов Е. И. Настольная книга практического психолога: в 2-х книгах / Е. И. Рогов. – М., Владос, 1999. – Книга 1: Система работы психолога с детьми разного возраста. – 239 с.

129. Романчук О. Гіперактивний розлад з дефіцитом уваги. Практичне керівництво / Олег Романчук. – Львів : Крео, 2008. – 323 с.

130. Ротх Р. Трансцендентальная медитация Махариши Махеш Йоги : перевод с англ. / Р. Ротх. – Таллин, 1992. – 81 с.

131. Рудовская В. А. Синдром дефицита внимания СДВГ и его

гомеопатическая коррекция / В. А. Рудовская // Украинский гомеопатический ежегодник. – 2003. – Т. 6. – С. 88–93.

132. Савчин М. В. Вікова психологія: Навчальний посібник / М. В. Савчин, Л. П. Василенко. – К. : Академвидав, 2011. – 368 с.

133. Семаго Н. Я. Проблемные дети: Основы диагностической и коррекционной работы психолога / Н. Я. Семаго, М. М. Семаго. М. : АРКТИ, 2000. – 208 с.

134. Семенова Л. Э. Использование игровой терапии в работе с гиперактивными дошкольниками / Л. Э. Семенова // Психолог в детском саду: научно-практический журнал. – 2007. – № 3. – С. 93–97.

135. Синопис діагностичних критеріїв DSM-V та протоколів NICE для діагностики та лікування основних психічних розладів у дітей та підлітків / перекл. з англійської; упор. та наук. ред. Леся Підлісецька. (Серія «Психологія. Психіатрія. Психотерапія»). Львів : Видавництво Українського католицького університету, 2014. – С. 21–27.

136. Сиротюк А. Л. Детская гиперактивность: причины, рекомендации / А. Л. Сиротюк // Дошкольное воспитание. – 2007. – № 8. – С. 44–50.

137. Сиротюк А. Л. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью. Диагностика, коррекция и практические рекомендации родителям и педагогам / А. Л. Сиротюк. – М. : ТЦ Сфера, 2003. – 125 с.

138. Сіроштан С. Система роботи з неординарними дітьми / С. Сіроштан, Т. Меліченко // Психолог. – К.: Шкільний світ, 2004. – № 47 (грудень). – С. 5–8.

139. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей: учебное пособие / Е. Б. Романцева, А. Ф. Бабцева, И. Н. Молчанова, А. Г. Фомина, Э. Л. Чурпак, О. В. Шанова, К. А. Арутюнян, Т. Е. Бойченко. – Благовещенск : ГОУ ВПО Амурская ГМА, 2009. – 21с.

140. Слободчиков В. И. Основы психологической антропологии.

Психология человека: Ведение в психологию субъективности / В. И. Слободчиков, Е. И. Исаев. – М. : «Школа-Пресс», 1995. – 384 с.

141. Слободчиков В. И. Интегральная периодизация психического развития / В. И. Слободчиков, Г. А. Цукерман // Вопросы психологии. – 1996. – № 5. – С. 38–50.

142. Смирнова Е. О. Психология ребенка: от рождения до семи лет : учеб. для пед. вузов и училищ / Е. О. Смирнова. – М. : Школа-пресс, 1997. – 383 с.

143. Соловей О. А. Вікові особливості прояву гіперактивного розладу з дефіцитом уваги / О. А. Соловей // Психологічні проблеми сучасності : тези VI наук.- практик. конф. студ. та молодих вчених. – Львів, 2009. – С. 32–34.

144. Соловей О. А. Гіперактивний розлад з дефіцитом уваги у дітей дошкільного віку / О. А. Соловей // Психологічні перспективи. Вип. 14 / Луцьк : РВВ „Вежа” Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки, 2009. – С. 163–170.

145. Соловей О. А. Групові методи психокорекції пізнавальних процесів дітей з гіперактивним розладом та дефіцитом уваги / О. А. Соловей // Актуальні проблеми практичної психології : зб. наук. пр. Ч. I. – Херсон : ПП Вишемирський В. С., 2010. – С. 376–379.

146. Соловей О. А. Індивідуальна психокорекція мовленнєвих порушень у дошкільнят з ГРДУ / О. А. Соловей // Психологічні перспективи. – Луцьк : РВВ „Вежа” Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки, 2010. – Вип. 15. – С. 207–218.

147. Соловей О. А. Проблема гіперактивних дітей у дошкільних закладах Волинського регіону / О. А. Соловей // Матеріали III Міжнар. наук.- практик. конф. аспірантів і студ. „Волинь очима молодих науковців : минуле, сучасне, 20 майбутнє” (13–14 трав. 2009 р.) : у 3-х т. – Луцьк : РВВ „Вежа” Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки, 2009. – Т. 1. – С. 335–336.

148. Соловей О. А. Специфіка мовлення дошкільників з гіперактивним розладом та дефіцитом уваги / О. А. Соловей // Матеріали

Міжнар. наук.-практ. конф. „Культура й розвиток особистості : міфи та реалії в психології й педагогіці” (24–25 черв. 2009 р.). – Луцьк : Волин. нац. ун-т ім. Лесі Українки, 2009. – С. 125–130.

149. Солодуха М.С. Індивідуальний підхід: його суть і шляхи реалізації у вихованні дошкільників. Методичні матеріали на допомогу працівникам дошкільних закладів / М.С. Солодуха, О. Л. Кононко. – К., КМПУУ ім. Б.Грінченка, 1996. – 191 с.

150. Страхов М. Ю. Особенности формирования взаимоотношений матери и ребенка с синдромом дефицита внимания гиперактивностью (СДВГ) / М. Ю. Страхов // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. – М. : Консоциум «Социальное здоровье России». – 2004. – № 1. – С. 20–31.

151. Суковський Є. Гіперактивний розлад з дефіцитом уваги у дітей: порадник для батьків / Є. Суковський. – Львів: Колесо, 2008. – 144 с.

152. Тайсон Р. Психоаналитические теории развития / Р. Тайсон, Ф. Тайсон. – Екатеринбург : Деловая книга, 1998. – 528 с.

153. Ткач Р. М. Сказкотерапия детских проблем / Р. М. Ткач. – СПб. : Речь; М. : Сфера, 2008. – 118 с.

154. Тохтамиш О. М. Дитяча гіперактивність: виникнення, розвиток, методи психосоціальної допомоги / О. М. Тохтамиш // Актуальні проблеми психології. – Т. I. : Соціальна психологія. Організаційна психологія. Економічна психологія: Зб. наукових праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України / за ред. С. Д. Максименка, Л. М. Карамушки. – К. : Міленіум, 2005. – Ч. 14. – С. 154–156.

155. Тохтамиш О. М. Основні положення системно-інтегративного підходу в психологічному супроводі дітей з гіперактивністю та дефіцитом уваги / О. М. Тохтамиш // Актуальні проблеми психології : Психологія навчання. Генетична психологія. Медична психологія. / Збірник наукових праць за ред. С.Д. Максименка. – К. : ДП «Інформаційно-аналітичне

агентство», 2009. – Т. X. – Вип. 15. – С. 471–478.

156. Тохтамиш О. М. Методика ескалації тактильного контакту в психологічній допомозі дітям дошкільного і молодшого шкільного віку з гіперактивністю та дефіцитом уваги / О. М. Тохтамиш // Вісник психології і соціальної педагогіки : зб. наук. пр. / Інститут психології і соціальної педагогіки КМПУ імені Б.Д. Грінченка; Московський гуманітарний педагогічний інститут.– К., М., 2009. – Випуск 1. – Режим доступу до збірника : <http://www.psyh.kiev.ua>

157. Тохтамиш О. М. Психодіагностика дитячої гіперактивності та дефіциту уваги у дошкільному віці / О. М. Тохтамиш // Наукові записки Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України / за ред. академіка С. Д. Максименка. – К. : Главник, 2005. – Вип. 26. – Т 4. – С. 171–175.

158. Тохтамиш О. М. Психологічна допомога дітям дошкільного та початкового шкільного віку з ознаками гіперактивності та дефіциту уваги / О. М. Тохтамиш // Педагогічна освіта : теорія і практика: зб. наук. праць. – К. : КМПУ ім. Б. Д. Грінченка, 2005. – № 4. – С. 96–100.

159. Тржесоглава З. Легкая дисфункция мозга в детском возрасте / З. Тржесоглава. – М. : Медицина, 1986. – 256 с.

160. Туріщева Л. В. Прийоми роботи з гіперактивними дітьми / Л. В. Туріщева // Педагогічна майстерність. – 2012. – № 2. – С. 28–30.

161. Турчин В. М. Математична статистика : посібник / В. М Турчин. — К. : Видавничий центр «Академія», 1999. – 240 с.

162. Уэндер П. Синдром нарушения внимания с гиперактивностью / П. Уэндер, Р. Шейдер. – М. : Практика, 2003. – 485 с.

163. Урунтаева Г. А. Диагностика психологических особенностей дошкольника : практикум / Г. А. Урунтаева. – 2-е изд., стереотип. – М. : Академия, 1999. – 96 с.

164. Федоренко Е. Ресурсы работы с гиперактивными детьми / Е. Федоренко // Народное образование. – М. : Народное образование. – 2009.

– № 7. – С. 101–108.

165. Федоришин Г. М. Суб'єкт-суб'єктна взаємодія батьків і дітей у контексті сімейного виховання / Г. М. Федоришин / [зб. наук. праць: філософія, соціологія, психологія]. – Івано-Франківськ : Плай, 2006. – Вип. 11. – Ч.1. – С. 48–56.

166. Фесенко Е. Синдром дефіцита уваги і гіперактивності у дітей / Е. Фесенко, Ю. Фесенко. – СПб. : Наука и Техника, 2010. – 384 с.

167. Фрейд А. Теорія і практика дитячого психоаналізу / Анна Фрейд: [пер. з англ. і нем.]. – М. : ЕКСМО-Пресс, 1999. – Т. 1. – 384 с.

168. Фон Шліппе А., Швайцер Й. Системна психотерапія та консультування / Пер. з нім / А. Фон Шліппе, Й. Швайцер. – Львів : ВНТЛ-Класика, 2004. – 320 с.

169. Халецкая О. В. Минимальная мозговая дисфункция / О. В. Халецкая, Т. Н. Радаева, А. Ю. Варакина, В. М. Трошин, Ю. И. Кравцов // Болезни нервной системы у детей в 2-х томах. – Нижний Новгород : Сарпи, 1993. – Т. 1. – С. 67–82.

170. Халецкая О. В. Минимальные дисфункции мозга в детском возрасте. / О. В. Халецкая, В. М. Трошин. – Нижний Новгород : Изд-во НГМА, 1995. – 37 с.

171. Чистякова М. И. Психогимнастика / М. И. Чистякова / Под ред. М. И. Буянова. – М. : Просвещение, 1990. – 128 с.

172. Чемодурова Ю. Профілактика і корекція девіантної поведінки підлітків / Ю. Чемодурова // Психолог. – 2010. – № 38. – С. 14–21.

173. Чернигина Е. В. Эффективность телесно-ориентированной психотехники в решении проблем психомоторного развития детей 4–5 лет / Е. В. Чернигина, Е. В. Горшкова // Психологическая наука и образование. – 2008. – № 1. – С. 99–107.

174. Чутко Л. С. Гиперактивный ребенок / Л. С. Чутко // Педиатрия для родителей. – СПб : Терра Медика, 2006. – № 1. – С. 72–76.

175. Чудновський В. Е. Одаренность : дар или испытание / Чудновський В. Е., Юркевич В. С. – М. : Знание, 1990. – 122 с.
176. Чутко Л. С. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью и сопутствующие расстройства / Л. С. Чутко. – СПб. : Хока, 2007. – 136 с.
177. Шевченко Ю. С. Игровая психология детей с гиперактивным поведением / Ю. С. Шевченко, М. Ю. Шевченко // Школа здоров'я. – 1997. – Т. IV. – № 2. – С. 82–85.
178. Шевченко Ю. С. Коррекция поведения детей с гиперактивностью и психопатоподобным синдромом: практическое руководство для врачей и психологов / Ю. С. Шевченко. – М. : Вита-Пресс, 1997. – 52 с.
179. Шевчук В. Гіперактивна дитина у дошкільному закладі / В. Шевчук // Вихователь-методист дошкільного закладу. – Київ : ТОВ «Міжнародний центр фінансово-економічного розвитку – Україна», 2010. – № 11. – С. 22–31.
180. Эльконин Д. Б. Избранные психологические труды / Даниил Борисович Эльконин. – М. : Педагогика, 1989. – 560 с.
181. Эриксон Э. Детство и общество / Э. Эриксон. – СПб. : Ленато, 2006. – 592 с.
182. Эриксон Э. Жизненный цикл: эпигенез идентичности / Эрик Эриксон // Психология личности. Т.2. Хрестоматия. – Самара : БАХРАХ, 1999. – С. 305–348.
183. Яременко Б. Р. Минимальные дисфункции головного мозга у детей / Б. Р. Яременко, А. Б. Яременко, Т. Б. Горяинова. – СПб. : Салит – Медкнига, 2002. – 128 с.
184. Ясюкова Л. А. Оптимизация обучения и развития детей с ММД (Диагностика и компенсация минимальных мозговых дисфункций – методическое руководство) / Л. А. Ясюкова. – СПб. : ИМАТОН, 2001. – 80 с.
185. Яценко Т. С. Основи глибинної психокорекції: феноменологія, теорія і практика / Т.С.Яценко. – К. : Вища школа, 2006. – 382 с.

186. Яценко Т. С. Теорія і практика групової психокорекції. Активне соціально-психологічне навчання / Тамара Семенівна Яценко. – К. : Вища школа, 2004. – 679 с.

187. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. 1994, Washington, DC : American Psychiatric Association. – 886 p.

188. Barkly R. A. Hyperactive children : A handbook for diagnosis and treatment / R. A. Barkly. – N.Y., London, 1987. – 84 p.

189. Barkley R. Taking a Charge of ADHD / R. Barkley. – New York : the Guildford Press, 2005. – 331 p.

190. Bolton D. Cognitive behavior therapy for children and adolescents: some theoretical and developmental issues / D. Bolton // Cognitive-Behaviour therapy for Children and Families. – Cambridge, UK : Cambridge University Press, 2004. – P. 9–24

191. Cloninger CR. The genetic structure of personality and learning: a phylogenetic model / CR. Cloninger // New Jersey : Dove Medical Press, Clin Genet., 1994. – 46. – P. 124–137

192. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. – 4th ed. – Washington: American Psychiatric Association, 2000. – 943 p.

193. Giesen-Bloo J. Out patient Psychotherapy for Borderline Personality Disorder Randomized Trial of Schema-Focused Therapy versus Transference-Focused Psychotherapy / J. Giesen-Bloo, R. van Dyck, P. Spinhoven, W. van Tilburg // Archives of General Psychiatry. – 2006. – Vol. 63. – P. 649–658.

194. Goldstein S. Managing attention deficit hyperactivity disorder in children: A guide for practioners / S. Goldstein, M. Goldstein. 2nd. edition. – New York : John Wiley and Sons, Inc., 1998, – 235 p.

195. Kohlberg L. Moral Stages and Moralization. Ed. T. Lickona / L. Kohlberg // Moral development and behavior. – New York : Holt, Rinehart, 1976. – P. 31–53.

196. Morrison J. Interviewing Children and adolescents: skills and strategies for effective DSM-IV Diagnosis / J. Morrison, Th.F. Anders. – New York : The Guildford Press, 1999. – 482 p.

197. Prokopiv Liudmyla. Criteria and performative indicators of psychocorrectional work with hyperactive children / Liudmyla Prokopiv // Proceedings of the 1st International Academic Conference “Science and Education in Australia, America and Eurasia : Fundamental and Applied Science” (Australia, Melbourne, 25 June 2014). Volume II. “Melbourne IADCES Press”. Melbourne, 2014. – P. 280–284.

198. Robin Ar. ADHD in Adolescents: Diagnosis and Treatment / Ar. Robin. – NY : the Guildford Press, 1999. – 447 p.

199. Taylor E. Developmental neuropsychology of attention deficit and impulsiveness / E. Taylor // Development and Psychopathology. – 1999. – P. 607–628.

200. Zametkin A. J. Problems in the management of attention-deficit-hyperactivity disorder / A. J. Zametkin, M. Ernst // New England Journal of Medicine, 1999. – P. 40–46.

ДОДАТКИ

Додаток А

Зведена таблиця результатів скринінгу
гіперактивності в старших дошкільників

Охоплено 5 ДНЗ м. Коломия – 162 дітей:

ДНЗ № 2 «Дударик» 2 групи старших дошкільників (45 дітей) – виявлено 5 дітей;
 ДНЗ №3 «Берізка» 2 групи старших дошкільників (42 дітей) – виявлено 6 дітей;
 ДНЗ № 16 « Орлятко» 1 група старших дошкільників (27 дітей) – виявлено 4 дітей;
 ДНЗ № 17 «Калинка» 1 група старших дошкільників (26 дітей) – виявлено 4 дитини;
 ДНЗ № 19 «Ромашка» 1 група старших дошкільників (22 дітей) – виявлено 3 дитини.

Червоний колір шрифту – ознака перевищення показника норми.

Сірий колір заливки в таблиці – виявлені діти з ознаками гіперактивності.

Дошкільний заклад	№ п/п	Критерії виявлення гіперактивності в дошкільників (за Бейкером та Алвордом) гіперактивність визначається якщо є хоча б 6 ознак з 17)	Тест на гіперактивність в дошкільному віці за І.Л.Арцишевською (гіперактивність визначається якщо є хоча б 3 ознаки з п'яти)		Анкета для батьків (за І. Брязуновим та С. Касатиковою) гіперактивність визначається при наявності 7 ознак з 14
			Для батьків	Для вихователів	
ДНЗ №2 «Дударик»	1д	2	1	1	3
	2х	4	2	2	3
	3х	5	2	3	6
	4х	1	1	2	4
	5д	2	2	1	3
	6д	2	1	1	2
	7д	2	0	0	2
	8х	3	2	1	3
	9х	9	5	3	11
	10х	7	4	4	8
	11д	2	1	1	2
	12д	2	1	1	2
	13д	3	0	1	1
	14д	1	0	0	1
	15х	2	1	1	3
	16х	2	1	2	5
	17х	3	2	1	3
	18д	4	2	2	4
	19д	6	3	3	9
	20д	2	2	2	4

	21x	2	1	1	3
	22x	2	1	1	2
	23д	2	1	1	3
	24д	1	0	0	2
	25д	1	0	1	4
	26д	3	2	2	3
	27д	4	2	3	6
	28x	2	1	1	3
	29x	1	0	0	2
	30x	5	2	2	4
	31x	7	2	4	9
	32д	3	2	1	4
	33x	3	1	1	2
	34д	2	2	2	3
	35д	2	1	1	3
	36д	1	0	0	2
	37x	5	2	3	5
	38x	2	1	1	2
	39x	2	1	2	2
	40x	3	2	2	3
	41д	2	1	1	4
	42д	2	1	1	4
	43x	6	3	3	7
	44д	1	1	1	3
	45д	1	1	1	2
ДНЗ №3 «Берізка»	1д	2	1	1	3
	2д	3	1	2	2
	3x	2	2	2	3
	4д	2	1	2	3
	5x	4	2	2	5
	6x	4	2	2	5
	7x	2	2	2	3
	8x	11	3	5	10
	9д	3	2	2	3
	10x	8	3	4	9
	11д	1	1	1	2
	12д	1	0	1	1
	13д	6	3	3	8
	14x	4	2	2	3
	15x	3	2	1	3
	16д	3	1	1	2
	17x	5	2	2	5
	18д	2	1	1	2
	19д	1	0	1	2
	20x	1	0	1	1
	21x	2	1	2	3
	22д	3	1	2	4
	23д	2	1	1	2
	24x	5	2	3	6
	25д	3	1	2	5
	26д	6	3	3	8
	27д	2	1	2	3
	28д	1	0	1	4
	29x	3	1	1	3
	30д	2	2	2	4
	31x	7	3	3	9
	32д	2	2	2	4
	33д	1	0	1	1
	34д	1	0	1	2

	35х	8	4	4	10
	36х	5	2	2	4
	37х	4	1	2	5
	38д	2	1	2	3
	39х	3	2	1	5
	40х	3	2	2	3
	41д	6	3	3	7
	42д	1	0	1	2
ДНЗ № 16 «Орлягко»	1д	2	1	1	2
	2х	8	3	5	11
	3д	2	1	2	3
	4д	3	2	2	3
	5д	1	0	0	2
	6х	3	1	2	4
	7х	4	2	2	3
	8д	1	0	1	2
	9д	1	1	1	2
	10х	5	2	3	6
	11д	2	1	1	1
	12д	1	0	1	3
	13х	4	2	2	5
	14х	3	1	2	4
	15х	3	2	2	4
	16х	1	0	1	2
	17х	9	3	4	10
	18д	2	1	1	2
	19д	3	1	1	2
	20х	7	3	3	9
	21д	1	0	0	3
	22х	4	2	2	6
	23х	5	2	2	6
	24д	7	3	4	9
	25д	1	0	0	2
	26х	2	1	1	4
	27д	1	0	1	2
ДНЗ № 17 «Калинка»	1д	2	2	2	4
	2д	1	0	0	2
	3х	12	5	5	14
	4х	5	2	3	6
	5х	4	2	2	5
	6х	6	1	2	4
	7д	1	0	1	3
	8д	6	3	3	8
	9х	4	2	1	5
	10х	3	2	2	5
	11х	2	2	2	4
	12д	1	0	1	3
	13д	2	1	1	4
	14х	8	3	5	9
	15д	4	2	2	5
	16х	7	3	4	10
	17х	5	2	3	6
	18х	4	1	1	5
	19д	2	0	0	3
	20д	1	0	0	2
	21д	3	2	2	4

	22х	4	2	2	5
	23х	2	1	1	2
	24д	1	0	0	2
	25д	2	1	1	3
	26х	3	1	1	3
ДНЗ № 19 «Ромашка»	1х	4	1	1	5
	2х	12	4	5	14
	3д	3	0	1	5
	4х	5	2	2	6
	5х	4	2	2	4
	6д	2	0	0	3
	7д	2	1	1	2
	8д	3	2	2	5
	9д	2	1	1	4
	10х	4	2	3	5
	11х	3	1	1	4
	12д	1	0	0	2
	13х	10	4	5	12
	14д	3	1	2	4
	15д	2	1	1	3
	16д	4	2	2	5
	17х	5	1	2	5
	18д	8	3	4	10
	19х	5	2	2	4
	20х	3	2	2	4
21д	2	0	1	3	
22д	2	1	1	3	

Результати:

Досліджено 162 дитини (старший дошкільний вік)

Хлопчиків – 77

Дівчаток - 85

Виявлено ознаки гіперактивності – 22 дітей (13,5 %), тобто гіперактивна кожна 7-8 дитина.

Хлопчиків – 16 (73% від кількості гіперактивних)

Дівчаток – 6 (7% від кількості гіперактивних)

Додаток Б

Результати констатувального етапу дослідження

Б.1. Результати діагностики за методикою «Запам'ятай і розстав крапки» (Р. Немов) (обсяг уваги)

<i>№ п/п</i>	<i>Ім'я</i>	<i>Результати (бал)</i>	<i>Рівень обсягу уваги</i>
1	Матвій Б.	1	дуже низький
2	Арсен Р.	3	дуже низький
3	Арсен С.	2	дуже низький
4	Остап Г.	4	низький
5	Богдан С.	3	дуже низький
6	Роман С.	4	низький
7	Саша Г.	3	дуже низький
8	Влад Н.	2	дуже низький
9	Оксана О.	6	середній
10	Діана Л.	4	низький
11	Христина Б.	6	середній
12	Віктор М.	3	дуже низький
13	Денис О.	1	дуже низький
14	Максим К.	5	низький
15	Олег Р.	2	дуже низький
16	Ілля В.	4	низький
17	Микола С.	2	дуже низький
18	Степан К.	4	низький
19	Назар П.	3	дуже низький
20	Софія М.	5	низький
21	Настя П.	6	середній
22	Аліна Р.	4	низький

Результати:

Середній рівень – 3 дітей (13, 6 %)

Низький рівень – 8 дітей (36, 4 %)

Дуже низький рівень – 11 дітей (50%)

Б.2. Результати діагностики за методикою «Знайди і викресли» (Р. Немов) (продуктивність і стійкість уваги)

Результати визначалися за формулою:

$$S = \frac{0,5 \times N - 2,8n}{t}$$

S – показник продуктивності і стійкості уваги обстеженої дитини;

N – кількість зображень предметів на малюнку, переглянутих дитиною за час роботи;

T – час роботи;

n – кількість помилок, допущених за час роботи.

№ п/п	Ім'я	Результати		Рівень продуктивності і стійкості уваги
		S (показник продуктивності і стійкості)	Бал	
1	Матвій Б.	0,1	1	дуже низький
2	Арсен Р.	0,36	2	низький
3	Арсен С.	0,28	2	низький
4	Остап Г.	0,46	3	низький
5	Богдан С.	0,42	3	низький
6	Роман С.	0,25	2	низький
7	Саша Г.	0,1	1	дуже низький
8	Влад Н.	0,18	1	дуже низький
9	Оксана О.	0,92	7	середній
10	Діана Л.	0,5	3	низький
11	Христина Б.	0,71	5	середній
12	Віктор М.	0,47	3	низький
13	Денис О.	0	0	дуже низький
14	Максим К.	0,65	5	середній
15	Олег Р.	0,15	1	дуже низький
16	Ілля В.	0,45	3	низький
17	Микола С.	0,1	1	дуже низький
18	Степан К.	0,45	3	низький
19	Назар П.	0,28	2	низький
20	Софія М.	0,75	6	середній
21	Настя П.	0,46	3	низький
22	Аліна Р.	0,38	3	низький

Результати дослідження продуктивності і стійкості уваги:

Середній рівень – 4 дітей (18, 2 %)

Низький рівень – 12 дітей (54, 5 %)

Дуже низький рівень – 6 дітей (27,3 %)

Б.3. Результати діагностики за методикою визначення рівня самооцінки дошкільників «Який я?» (Р. Немов)

Вербальні оцінки індивідуального опитування психологом:

Так – 1 бал

Ні – 0 балів

Інколи або не знаю – 0,5 балів

№ п/п	Ім'я	Оцінювальні якості особистості										Загальна кількість балів	Рівень самооцінки
		Хороший	Добрий	Розумний	Акуратний	Слухняний	Уважний	Ввічливий	Вмілий (здібний)	Працелюбний	Чесний		
1	Матвій Б.	0,5	0,5	1	0	0	0	0,5	0,5	0	0,5	3,5	низький
2	Арсен Р.	0,5	1	0,5	0	0	0	0,5	0,5	0,5	0,5	4	середній
3	Арсен С.	1	1	0,5	0,5	0,5	0	0,5	0	0	0,5	4,5	середній
4	Остап Г.	0,5	1	0,5	0	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	5	середній
5	Богдан С.	1	1	0,5	0,5	0	0	0,5	0	0	0,5	4	середній
6	Роман С.	1	0,5	0,5	0,5	0	0	0,5	0,5	0	0,5	4	середній
7	Саша Г.	1	1	0,5	0	0	0	0,5	1	0	1	5	середній
8	Влад Н.	0,5	0,5	0	0	0	0	0,5	0	0	0,5	2	низький
9	Оксана О.	1	1	1	1	0,5	0,5	1	0,5	0,5	1	8	середній
10	Діана Л.	1	0,5	0,5	1	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	6	середній
11	Христина Б.	1	1	0,5	1	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1	7	середній
12	Віктор М.	0,5	0,5	0,5	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	3	низький
13	Денис О.	0,5	0,5	0,5	0	0,5	0	0	0,5	0,5	0,5	3,5	низький
14	Максим К.	1	1	0,5	0,5	0	0	0,5	0	0	0,5	4	середній
15	Олег Р.	0,5	0,5	1	0	0	0	0,5	0,5	0	0,5	3,5	низький
16	Ілля В.	0,5	0,5	1	0	0	0	0,5	0,5	0	0,5	3,5	низький
17	Микола С.	0	0,5	0	0	0	0	0,5	0,5	0	0,5	2	низький
18	Степан К.	1	1	0,5	0	0	0	0,5	0,5	0,5	1	5	середній
19	Назар П.	0,5	0,5	0,5	0,5	0	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	4,5	середній
20	Софія М.	1	1	0,5	1	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	6,5	середній
21	Настя П.	1	1	1	1	1	1	1	0,5	0,5	1	9	дуже високий
22	Аліна Р.	1	1	0,5	1	0,5	0,5	1	0,5	0,5	1	7,5	високий

Результати дослідження рівня самооцінки:

Дуже високий рівень – 1 дитина (4,5 %)

Високий рівень – 1 дитина (4,5 %)

Середній рівень – 13 дітей (59 %)

Низький рівень – 7 дітей (32 %)

**Б.4. Результати діагностики рівня асоціальності
(за анкетною З. Карпенко)**

<i>№ п/п</i>	<i>Ім'я</i>	<i>Результати (10 запитань анкети, на кожне запитання так -1 бал, ні - 0 балів)</i>	<i>Рівень асоціальності</i>
1	Матвій Б.	8	високий
2	Арсен Р.	6	середній
3	Арсен С.	5	середній
4	Остап Г.	3	низький
5	Богдан С.	6	середній
6	Роман С.	4	середній
7	Саша Г.	5	середній
8	Влад Н.	7	середній
9	Оксана О.	2	низький
10	Діана Л.	1	низький
11	Христина Б.	2	низький
12	Віктор М.	6	середній
13	Денис О.	8	високий
14	Максим К.	3	низький
15	Олег Р.	6	середній
16	Ілля В.	4	середній
17	Микола С.	5	середній
18	Степан К.	3	низький
19	Назар П.	4	середній
20	Софія М.	1	низький
21	Настя П.	2	низький
22	Аліна Р.	1	низький

Результати:

Високий рівень асоціальності – 2 дітей (9 %)

Середній рівень асоціальності – 11 дітей (50 %)

Низький рівень асоціальності – 9 дітей (41 %)

**Б.5. Результати діагностики рівня агресивної поведінки
(за анкетною З. Карпенко)**

<i>№ п/п</i>	<i>Ім'я</i>	<i>Результати (10 запитань анкети, на кожне запитання так -1 бал, ні - 0 балів)</i>	<i>Рівень агресивності</i>
1	Матвій Б.	7	середній
2	Арсен Р.	6	середній
3	Арсен С.	3	низький
4	Остап Г.	3	низький
5	Богдан С.	4	середній
6	Роман С.	3	низький
7	Саша Г.	3	низький
8	Влад Н.	6	середній
9	Оксана О.	2	низький
10	Діана Л.	1	низький
11	Христина Б.	2	низький
12	Віктор М.	6	середній
13	Денис О.	8	високий
14	Максим К.	3	низький
15	Олег Р.	6	середній
16	Ілля В.	4	середній
17	Микола С.	5	середній
18	Степан К.	3	низький
19	Назар П.	4	середній
20	Софія М.	1	низький
21	Настя П.	2	низький
22	Аліна Р.	1	низький

Результати:

Високий рівень агресивності – 1 дитина (5%);
Середній рівень агресивності – 9 дітей (41 %);
Низький рівень агресивності – 12 дітей (55 %).

**Б.6. Результати діагностики рівня імпульсивності у дошкільників
(за анкетой Г. Лаврентьевої і Т. Титаренко)**

№ п/п	Ім'я	Результати (20 запитань анкети, на кожне запитання: так -1 бал, ні - 0 балів) Анкета опрацьовується батьками і вихователем, бали додаються і діляться на 2)	Рівень імпульсивності
1	Матвій Б.	17	високий
2	Арсен Р.	15	високий
3	Арсен С.	12	середній
4	Остап Г.	14	середній
5	Богдан С.	10	середній
6	Роман С.	9	середній
7	Саша Г.	13	середній
8	Влад Н.	15	високий
9	Оксана О.	8	середній
10	Діана Л.	11	середній
11	Христина Б.	5	низький
12	Віктор М.	15	високий
13	Денис О.	18	високий
14	Максим К.	12	середній
15	Олег Р.	16	високий
16	Ілля В.	8	середній
17	Микола С.	10	середній
18	Степан К.	8	середній
19	Назар П.	15	високий
20	Софія М.	5	низький
21	Настя П.	8	середній
22	Аліна Р.	7	середній

Результати:

Високий рівень імпульсивності – 7 дитина (32%)

Середній рівень імпульсивності – 13 дітей (59 %)

Низький рівень імпульсивності – 2 дітей (9 %)

Додаток В
Результати контрольного етапу дослідження

**В.1. Результати повторного (контрольного) зрізу
за методикою «Запам'ятай і розстав крапки» (Р. Немов)
(обсяг уваги)**

Контрольна група (8 хлопчиків та 3 дівчаток)

<i>№ п/п</i>	<i>Ім'я</i>	<i>Результати (бал)</i>	<i>Рівень обсягу уваги</i>
1	Матвій Б.	3	дуже низький
2	Арсен Р.	4	низький
3	Арсен С.	1	дуже низький
4	Остап Г.	3	низький
5	Богдан С.	4	низький
6	Роман С.	3	низький
7	Саша Г.	2	дуже низький
8	Влад Н.	3	дуже низький
9	Оксана О.	5	низький
10	Діана Л.	4	низький
11	Христина Б.	7	середній

Експериментальна група (8 хлопчиків та 3 дівчаток)

<i>№ п/п</i>	<i>Ім'я</i>	<i>Результати (бал)</i>	<i>Рівень обсягу уваги</i>
1	Віктор М.	4	низький
2	Денис О.	3	дуже низький
3	Максим К.	6	середній
4	Олег Р.	4	низький
5	Ілля В.	6	середній
6	Микола С.	4	низький
7	Степан К.	4	низький
8	Назар П.	5	низький
9	Софія М.	6	середній
10	Настя П.	8	високий
11	Аліна Р.	6	середній

Результати контрольної групи:

Високий рівень - 0
Середній рівень – 1 дитина (9 %)
Низький рівень – 6 дітей (55 %)
Дуже низький рівень – 4 дитини (36%)

Результати експериментальної групи:

Високий рівень – 1 дитина (9%)
Середній рівень – 4 дітей (36 %)
Низький рівень – 5 дітей (46 %)
Дуже низький рівень – 1 дитина (9%)

**В.2. Результати контрольного зрізу
за методикою «Знайди і викресли» (Р. Немов)
(продуктивність і стійкість уваги)**

Результати визначалися за формулою:

$$S = \frac{0,5 \times N - 2,8n}{t}$$

S – показник продуктивності і стійкості уваги обстеженої дитини;

N – кількість зображень предметів на малюнку, переглянутих дитиною за час роботи;

T – час роботи;

n – кількість помилок, допущених за час роботи.

Контрольна група (8 хлопчиків та 3 дівчаток)

№ п/п	Ім'я	Результати		Рівень продуктивності і стійкості уваги
		S (показник продуктивності і стійкості)	Бал	
1	Матвій Б.	0,25	2	низький
2	Арсен Р.	0,48	3	низький
3	Арсен С.	0,10	1	дуже низький
4	Остап Г.	0,25	2	низький
5	Богдан С.	0,25	2	низький
6	Роман С.	0,30	2	низький
7	Саша Г.	0,25	2	низький
8	Влад Н.	0,2	1	дуже низький
9	Оксана О.	1,00	7	середній
10	Діана Л.	0,5	3	низький
11	Христина Б.	0,75	5	середній

Експериментальна група (8 хлопчиків та 3 дівчаток)

№ п/п	Ім'я	Результати		Рівень продуктивності і стійкості уваги
		S (показник продуктивності і стійкості)	Бал	
1	Віктор М.	0,62	4	середній
2	Денис О.	0,25	2	низький
3	Максим К.	0,95	7	середній
4	Олег Р.	0,25	2	низький
5	Ілля В.	0,70	5	середній
6	Микола С.	0,45	3	низький
7	Степан К.	0,45	3	низький
8	Назар П.	0,28	2	низький
9	Софія М.	1,00	8	високий
10	Настя П.	0,55	4	середній
11	Аліна Р.	0,50	4	середній

Результати контрольної групи:

Високий рівень - 0

Середній рівень – 2 дитини (18,5 %)

Низький рівень – 7 дітей (63 %)

Дуже низький рівень – 2 дитини (18,5%)

Результати експериментальної групи:

Високий рівень – 1 дитина (9%)

Середній рівень – 5 дітей (45,5 %)

Низький рівень – 5 дітей (45,5 %)

Дуже низький рівень – 0

**В.3. Результати контрольного зрізу
за методикою визначення рівня самооцінки дошкільників
«Який я?» (Р. Немов)**

№ п/п	Ім'я	Оцінювальні якості особистості										Загальна кількість балів	Рівень самооцінки
		Хороший	Добрий	Розумний	Акуратний	Слухняний	Уважний	Ввічливий	Вмілий (здібний)	Працелюбний	Чесний		
Контрольна група (8 хлопчиків та 3 дівчаток)													
1	Матвій Б.	0,5	0,5	1	0	0	0	0,5	0	0	0,5	3,0	низький
2	Арсен Р.	0,5	1	0,5	0	0	0	0,5	0,5	0,5	0,5	4	середній
3	Арсен С.	1	1	0,5	0,5	0,5	0	0,5	0	0	0,5	4,5	середній
4	Остап Г.	0,5	1	0,5	0	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	5	середній
5	Богдан С.	0,5	0,5	0,5	0,5	0	0	0,5	0	0	0,5	3,0	низький
6	Роман С.	1	0,5	0,5	0,5	0	0,5	0,5	0,5	0	0,5	4,5	середній
7	Саша Г.	1	1	0,5	0	0	0	0,5	1	0	1	5	середній
8	Влад Н.	0,5	0,5	0	0	0	0	0,5	0	0	0,5	2	низький
9	Оксана О.	1	1	1	1	0,5	0,5	1	0,5	0,5	1	6	середній
10	Діана Л.	1	0,5	0,5	1	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	4	середній
11	Христина Б.	1	1	0,5	1	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1	7	середній
Експериментальна група (8 хлопчиків та 3 дівчаток)													
1	Віктор М.	0,5	0,5	0,5	0	0,5	0,5	0,5	0	0,5	0,5	4	середній
2	Денис О.	0,5	0,5	0,5	0	0,5	0,5	0	0,5	0,5	0,5	4,5	середній
3	Максим К.	1	1	0,5	1	1	0,5	1	0	1	1	8	високий
4	Олег Р.	0,5	0,5	1	0	0	0,5	0,5	0,5	0	0,5	4	середній
5	Ілля В.	0,5	0,5	1	0	0	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	4,5	середній
6	Микола С.	0	0,5	0,5	0	1	0,5	0,5	0,5	0	0,5	4	середній
7	Степан К.	1	1	0,5	0	0	0	0,5	0,5	0,5	1	5	середній
8	Назар П.	0,5	0,5	0,5	0,5	0	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	4,5	середній
9	Софія М.	1	1	0,5	1	1	1	0,5	0,5	1	0,5	8	високий
10	Настя П.	1	1	1	1	1	1	1	0,5	0,5	1	9	високий
11	Аліна Р.	1	1	0,5	1	0,5	1	1	0,5	0,5	1	8	високий

Результати контрольної групи:

Високий рівень - 0

Середній рівень – 8 дітей (18,5 %)

Низький рівень – 3 дитини (63 %)

Результати експериментальної групи:

Високий рівень – 4 дитини (36,5 %)

Середній рівень – 7 дітей (63,5 %)

Низький рівень – 0

В.4. Результати контрольного зрізу рівня асоціальності (за анкетною З. Карпенко)

Контрольна група (8 хлопчиків та 3 дівчаток)

<i>№ п/п</i>	<i>Ім'я</i>	<i>Результати</i> (10 запитань анкети, на кожне запитання так -1 бал, ні - 0 балів)	<i>Рівень асоціальності</i>
1	Матвій Б.	8	високий
2	Арсен Р.	6	середній
3	Арсен С.	7	середній
4	Остап Г.	5	середній
5	Богдан С.	6	середній
6	Роман С.	4	середній
7	Саша Г.	5	середній
8	Влад Н.	8	високий
9	Оксана О.	3	низький
10	Діана Л.	1	низький
11	Христина Б.	2	низький

Експериментальна (8 хлопчиків та 3 дівчаток)

<i>№ п/п</i>	<i>Ім'я</i>	<i>Результати</i> (10 запитань анкети, на кожне запитання так -1 бал, ні - 0 балів)	<i>Рівень асоціальності</i>
1	Віктор М.	5	середній
2	Денис О.	7	середній
3	Максим К.	3	низький
4	Олег Р.	4	середній
5	Ілля В.	5	середній
6	Микола С.	4	середній
7	Степан К.	3	низький
8	Назар П.	4	середній
9	Софія М.	1	низький
10	Настя П.	1	низький
11	Аліна Р.	1	низький

Результати контрольної групи:

Високий рівень асоціальності – 2 дітей (19 %)
Середній рівень асоціальності – 6 дітей (55 %)
Низький рівень асоціальності – 3 дітей (26 %)

Результати експериментальної групи:

Високий рівень асоціальності – 0
Середній рівень асоціальності – 6 дітей (55%)
Низький рівень асоціальності – 5 дітей (45 %)

В.5. Результати контрольного рівня агресивної поведінки (за анкетною 3. Карпенко)

Контрольна група (8 хлопчиків та 3 дівчаток)

<i>№ п/п</i>	<i>Ім'я</i>	<i>Результати</i> (10 запитань анкети, на кожне запитання так -1 бал, ні - 0 балів)	<i>Рівень агресивності</i>
1	Матвій Б.	5	середній
2	Арсен Р.	6	середній
3	Арсен С.	4	середній
4	Остап Г.	2	низький
5	Богдан С.	6	середній
6	Роман С.	4	середній
7	Саша Г.	3	низький
8	Влад Н.	8	високий
9	Оксана О.	2	низький
10	Діана Л.	1	низький
11	Христина Б.	2	низький

Експериментальна група (8 хлопчиків та 3 дівчаток)

<i>№ п/п</i>	<i>Ім'я</i>	<i>Результати</i> (10 запитань анкети, на кожне запитання так -1 бал, ні - 0 балів)	<i>Рівень агресивності</i>
1	Віктор М.	3	низький
2	Денис О.	7	середній
3	Максим К.	2	низький
4	Олег Р.	3	низький
5	Ілля В.	3	низький
6	Микола С.	4	середній
7	Степан К.	3	низький
8	Назар П.	3	низький
9	Софія М.	1	низький
10	Настя П.	1	низький
11	Аліна Р.	1	низький

Результати контрольної групи:

Високий рівень агресивності – 1 дитина (9 %)
Середній рівень агресивності – 5 дітей (45,5 %)
Низький рівень агресивності – 5 дітей (45,5 %)

Результати експериментальної групи:

Високий рівень агресивності – 0
Середній рівень агресивності – 2 дітей (19%)
Низький рівень агресивності – 9 дітей (81 %)

В.6. Результати контрольного зрізу рівня імпульсивності у дошкільників (за анкетною Г. Лаврентьєвої і Т. Титаренко)

Контрольна група (8 хлопчиків та 3 дівчаток)

<i>№ п/п</i>	<i>Ім'я</i>	<i>Результати</i> (20 запитань анкети, на кожне запитання так -1 бал, ні - 0 балів) Анкета опрацьовується батьками і вихователем, бали додаються і діляться на 2)	<i>Рівень імпульсивності</i>
1	Матвій Б.	16	високий
2	Арсен Р.	15	високий
3	Арсен С.	9	середній
4	Остап Г.	12	середній
5	Богдан С.	12	середній
6	Роман С.	14	середній
7	Саша Г.	12	середній
8	Влад Н.	16	високий
9	Оксана О.	12	середній
10	Діана Л.	9	середній
11	Христина Б.	5	низький

Експериментальна група (8 хлопчиків та 3 дівчаток)

<i>№ п/п</i>	<i>Ім'я</i>	<i>Результати</i> (20 запитань анкети, на кожне запитання так -1 бал, ні - 0 балів) Анкета опрацьовується батьками і вихователем, бали додаються і діляться на 2)	<i>Рівень імпульсивності</i>
1	Віктор М.	12	середній
2	Денис О.	14	середній
3	Максим К.	8	середній
4	Олег Р.	14	середній
5	Ілля В.	6	низький
6	Микола С.	9	середній
7	Степан К.	5	низький
8	Назар П.	13	середній
9	Софія М.	5	низький
10	Настя П.	6	низький
11	Аліна Р.	6	низький

Результати контрольної групи:

Високий рівень імпульсивності – 3 дитина (28 %)

Середній рівень імпульсивності – 7 дітей (63,5 %)

Низький рівень імпульсивності – 1 дітей (8,5 %)

Результати експериментальної групи:

Високий рівень імпульсивності – 0

Середній рівень імпульсивності – 6 дітей (55 %)

Низький рівень імпульсивності – 5 дітей (45 %)

Додаток Д

Суб'єкт-орієнтована мультимодальна програма психокорекції гіперактивності дошкільників

Заняття 1

Привітання

1. Гімнастика-імітація «Прогулянка вулицею».

Дитина повторює за психологом дії, що імітують прогулянку по вулиці (повільним кроком, перестрибуванням камінчика чи калюжі, поспішаючи тощо).

2. Пальчикова гімнастика «Сорока-ворона».

Психолог разом із дитиною роблять масаж (самомасаж) подушечок пальців. Великий палець ставиться на ніготь пальця, який масажується, а інші пальці притискають подушечку знизу, розминаючи її. Можна використати вправу-віршик «Сорока-ворона кашку варила і діток годувала...», в якій пальчики виступають дітками.

3. Вправа на тренування дрібної моторики «Хмара, дощик і трава»

Психолог може просто запропонувати дитині доповнити малюнок, а можна попросити дитину вирізати із кольорового паперу овали-хмаринки і приклеїти їх; викласти з рисової крупки дощик над будинком; нарізати зелених ниток і приклеїти їх як травичку.

4. Функціональна вправа на тренування уваги «Дощик крапає» (Є. Лютова, Г. Моніна).

Психолог пропонує дитині уважно слухати і запам'ятовувати наступні команди: «дощик крапає» - дитина тихенько плескає в долоні; «дощик посилюється» - дитина голосно і часто плескає в долоні; «гроза» - дитина голосно плескає в долоні і голосом намагається передати гуркотіння грому; «дощик затих» - дитині пропонується зупинитися і завмерти. Психолог доволно подає команди, а малюк повинен уважно слухати і виконувати дії,

які відповідають саме цій команді. Спочатку вправа виконується в повільному темпі, але як тільки дитина добре запам'ятає команди, темп роботи прискорюється.

5. Функціональна вправа «Що нового?» (І. Брязгунов, 2008) або «Знайди відмінність» (Є. Лютова, Г. Моніна, 2007).

Дорослий (психолог чи вихователь) крейдою малює на дошці будь-яку геометричну фігуру. До дошки по черзі підходять діти і домальовують деталі, створюючи картинку. В той час як одна дитина знаходиться біля дошки, решта дітей закривають очі і, відкриваючи їх за вказівкою дорослого, вказують, що змінилося. Чим довше триває гра, тим важче знаходити нові деталі на малюнку. У вправі «Знайди відмінність» передбачається, що деталі може домальовувати сам дорослий, вони можуть бути незначними і менш помітними, ніж ті, що домальовували діти. Таким чином формується вміння концентрувати увагу на деталях.

6. Казкотерапія. Читання казки «Коза-дереза», обговорення поведінки героїв: яким з героїв хотіла б бути дитина? Чому? Яка поведінка є правильною, а яка ні? Уяви собі, що ти б став вовком, що би ти зробив? тощо.

7. Вправа для релаксації «На галявині»

Психолог пропонує дитині зайняти зручне положення, на кілька секунд закрити очі і уявити, що лежить вона на чудовій лісовій галявині, де росте м'яка травичка-муравка. Навколо дуже тихо та спокійно, дитина дихає легко і рівно. Над нею схиляє голову польова квітка, чути співи птахів, стрекотіння цвіркунів. Ніжні промені сонця гладять лоб, щічки, обличчя, руки та ноги дитини. Їй легко і приємно. Аж ось на рахунок «три» ведучий пропонує дитині потягнутися і відкрити очі.

Заняття № 2

Привітання

1. Гімнастика-імітація «Прогулянка їжачка лісом»

Психолог пропонує дитині трішечки побути їжачком: походити як їжачок по лісових доріжках, посопіти носиком, відчувши небезпеку – згорнутися у клубочок, розвернутися, коли небезпека минула і т.д.

2. Пальчикова гімнастика «Пальчики-пружинки» (Є. Лютова, Г. Моніна, 2007).

Психолог пропонує дитині притиснути долоню до столу, розвести пальці. Іншою рукою малюк має по одному піднімати притиснуті пальчики (а вони пручаються, не хочуть підійматися). Потім палець відпускається і з гуркотом падає вниз.

3. Вправа на тренування дрібної моторики з елементами арт-терапії «Клеїмо їжачка».

Психолог пропонує дитині зробити саморобку: пальчиками розірвати на маленькі шматки кольоровий папір – чорний, зелений, червоний. На задалегідь намальований контур їжачка приклеїти за допомогою клейового олівця клаптики чорного паперу – це колючки їжака. Клаптики зеленого паперу приклеїти як травичку, а червоного – як яблука на спині у їжачка.

4. Функціональна вправа на тренування саморегуляції «Клубочок» (І. Брязгунов, 2008).

Вправа може використовуватися на будь-якому іншому етапі психокорекційної програми, коли треба заспокоїти дитину, яка «розбушувалася». Її може застосовувати як психолог, так і вихователь. Дитині пропонують змотати в клубочок яскраву нитку (бажано товсту для легшого змотування). Розмір такого клубочка може з кожним разом збільшуватися. Дорослий повідомляє дитині, що цей клубочок не звичайний, а чарівний. Як тільки хлопчик чи дівчинка починають його мотати, зразу ж заспокоюються. Згодом ця гра стає звичною для дитини, і вона сама братиме до рук клубочка, коли відчує, що змучена, роздратована або надмірно збуджена. Такий клубочок ми порекомендували мати також і батькам вдома як один з методів заспокоєння дитини, коли вона стає некерованою.

5. Функціональна вправа «Чарівний мішечок»

Спочатку психолог пропонує дитині уважно оглянути і обмацати всі предмети, що використовуються у цій вправі (тверді, м'які, гладкі, шорсткі і т.д.). Після цього вони складаються у «чарівний мішечок». Дитина опускає руку в «чарівний мішечок», обирає будь-який предмет, описує його і намагається вгадати, що ж це за річ.

6. Релаксація «Маленька пташка» (І. Брязгунов, 2008)

Психолог говорить: «Уяви, що у тебе в руках маленьке пташеня. Витягни руки долонями вгору. А тепер зігрій його, повільно, по одному пальчику склади долоні, заховай в них пташеня, подихай на нього, зігріваючи своїм рівним, спокійним диханням, приклади долоньки до своїх грудей, віддай пташці доброту свого серця і дихання. А тепер розкрий долоні, і ти побачиш, що пташеня радісно злетіло. Посміхнися йому і не сумуй, воно ще обов'язково до тебе прилетить!»

Заняття № 3

Привітання

1. Гімнастика-імітація «Прогулянка лісом»

Дитина повторює за психологом дії, що імітують прогулянку лісом (по рівній дорозі, через густий ліс, через глибокі яри і т.д.).

2. Пальчикова гімнастика «Розмова друзів» (Є. Лютова, Г. Моніна).

Психолог разом з дитиною роблять масаж (самомасаж) фаланг пальців. Пальчики називаємо друзями і даємо їм імена, запам'ятовуємо їх. Можна на подушечках пальчиків намалювати очка і ротик. Далі пальчики вітаються між собою дотикаючись. Напрямок масажних рухів – від нігтьових фаланг до початку пальців.

3. Вправа на тренування дрібної моторики з елементами арттерапії «Відпочинок на озері».

Прикладний варіант – психолог пропонує дитині викласти з гречаної крупи дорогу до озера, а з кукурудзяної крупки – пісочок навколо озера; з паличок і різнокольорових шнурків зробити імпровізовані вудки, а з луски ялинових шишок – рибу.

4. Функціональна вправа «Струмочок».

Психолог викладає на підлозі з двох довгих мотузок струмочок, вирізає з паперу 3-4 камені неправильної форми і викладає їх усередині струмочка. Дитині пропонується перейти через струмок по камінцях; перестрибнути через найвужче місце струмка; перейти по вузькому містку (стрічка) і т.д.

5. Функціональна вправа на тренування уваги та навичок самоконтролю «Замри» (М. Чистякова, 1990)

Діти підстрибують на місці в такт музиці (ноги в сторони – разом, супроводжуючи стрибки хлопками над головою і внизу). Коли раптово музика зникає, діти повинні «завмерти» в тій позі, на якій вимкнулася музика. Якщо комусь з учасників це не вдається, – він вибуває з гри. Знову звучить музика і діти продовжують виконувати вказані рухи. Гра триває доти, доки не залишиться одна дитина.

6. Казкотерапія. Читання казки «Колобок», обговорення поведінки героїв: Яким з героїв хотіла б бути дитина? Чому? Яка поведінка є правильною, а яка ні? Які наслідки неправильної поведінки? Уяви собі, що ти б став колобком, що би ти зробив? Як колобок міг уникнути небезпеки? тощо.

7. Релаксація «На сонечку».

Психолог пропонує дитині зручно сісти і на 1-2 хвилини закрити очі та уявити, що сидить вона на теплому, м'якенькому пісочку, а весь пляж залитий яскравим сонечком. Сонце ніжно гладить по щічках, по лобі, по очам – вони теплішають і розслабляються... Сонечко ніжно гладить по животику, по рукам і ногам – вони також теплішають і розслабляються... Як приємно відпочивати на пляжі! А тепер відкриємо очі і повернемося в кімнату.

Заняття № 4

Привітання

1. Гімнастика-імітація «Юний архітектор».

Дитина повторює за психологом дії, що імітують будівництво будинку.

2. Пальчикова гімнастика «Масаж» (Є. Лютова, Г. Моніна)

Психолог разом з дитиною робить масаж (самомасаж) подушечок пальців. Кисть однієї руки лежить на столі долонею вниз, пальці розведені. Інша рука вказівним пальцем по черзі притискає кожен ніготь, зрушує палець, «катаючи» його на подушці вліво – вправо.

3. Функціональна вправа «Час тиші і час «Можна!» (Н. Кряжева, 1997)

Вправа дає можливість дитині вивільнити накопичену енергію, а дорослому – навчитися керувати поведінкою гіперактивної дитини. Дорослий домовляється з дітьми, що коли вони втомляться або будуть займатися важливою справою, – настає час тиші. Діти повинні поводити себе тихо, спокійно гратися, малювати тощо... Як нагорода за це інколи буде наступати час «Можна!», і їм буде дозволено стрибати, кричати, бігати... Такі періоди тиші і «Можна!» чергуються і виробляють в дітей вміння діяти за правилами. Краще заздалегідь обговорити, які конкретно дії дозволяються, а які забороняються. За допомогою такого тренування можна уникнути нескінченного потоку зауважень, які часто дорослий (вихователь чи батьки) адресує гіперактивній дитині (а та їх «не чує»).

4. Функціональна вправа на тренування уваги «Не пропусти слово» (Р. Ткач, 2009).

Психолог читає казку, в якій зустрічаються назви різних геометричних фігур (трикутник, квадрат, овал...). Дитина уважно слухає і кожен раз, коли зустрічається назва будь-якої фігури, вона повинна встати, добігти до іншої сторони кімнати, де знаходиться конструктор, взяти якусь деталь і

повернутися на своє місце. Наприкінці гри малюк повинен побудувати з конструктора будинок.

5. Функціональна гра «Хто в будиночку живе?».

Гра складається з 10 великих круглих карток і 40 маленьких карток. Гра починається з 1-го круглої картки. Психолог пропонує дитині із 40 маленьких карток підібрати до великої круглої 4 тих, що підходять за змістом, і приєднати, щоб вони логічно доповнювали центральну картку. Наприклад, велика картка – кошик з овочами, а маленькі картки – різні овочі; велика картка – пісочниця, а маленькі – лопатка, відерко, пасочки і лійка тощо. Кількість круглих карток-завдань поступово збільшується з розвитком уваги і посидючості дитини.

6. Релаксація «Політ птахів».

«Ти знаходишся на літній галявині біля будинку. Над тобою літне сонце і високе блакитне небо. Ти відчуваєш себе спокійно і щасливо, дихаєш легко і вільно. Високо в небі ти бачиш птицю. Птах вільно витає в повітрі, крила її розпростерті в сторони. Уяви, що ти – птах. Твої крила – твої руки, легкі і нерухомі. Насолоджуйся свободою і чудовим відчуттям перебування в повітрі. Насолоджуйся дотиком легкого, ніжного вітерцю. А тепер, повільно змахуючи крилами, наближуйся до землі. Потягнися і на рахунок «три» скинь крила і відкрий очі».

Заняття № 5

Привітання

1. Гімнастика-імітація «Подорож по залізниці».

Дитина повторює за психологом дії, що імітують подорож залізницею: як гуде потяг, як вагони стукають по рейках і т.д.

2. Пальчикова гімнастика «Ланцюжки» (Є. Лютова, Г. Моніна).

Психолог разом з дитиною виконує наступну вправу – потягування зчеплених пальців в протилежні сторони. Пальці (однойменні) зчіплюються другими фалангами, і руки розводяться в протилежні сторони.

3. Функціональна вправа для зняття м'язової напруженості і переключення уваги «Давайте привітаємося» (І. Брязгунов, 2008).

Діти по сигналу дорослого починають хаотично рухатися по кімнаті і вітатися зі всіма, хто зустрічається їм на шляху. Але вітатися треба наступним чином:

- 1 хлопок – вітаємося за одну руку;
- 2 хлопки – вітаємося плечима;
- 3 хлопки – вітаємося спинками.

Різноманітні тактильні відчуття дають можливість гіперактивній дитині відчувати своє тіло і зняти м'язову напруженість. Зміна партнерів під час гри допомагає позбутися почуття «відчуженості». Для повноти тактильних відчуттів бажано ввести заборону на розмови під час гри.

4. Функціональна вправа «Заборонений рух» (Н. Кряжева, 1997).

Психолог показує дитині рух, що робити не можна – заборонений рух. Потім дорослий виконує різні рухи руками, ногами, головою, всім тілом, несподівано показуючи і заборонений рух. Дитина повинна повторювати всі рухи дорослого, крім забороненого. Якщо малюк повторив заборонений рух, він стає ведучим, додаючи ще один заборонений рух. Гра продовжується далі. Заборонених рухів може бути близько 7.

5. Функціональна вправа «Логічний рядок».

У цій вправі використовується методична гра «Логічний рядок». Психолог пропонує дитині з картинок зібрати скласти незвичайний рядок, а з певним завданням. Для цього потрібно знайти і пояснити зв'язок між запропонованими картинками.

1) варіант – знайти щось спільне між картинками, наприклад, якщо 1-ша картинка – «чоботи», то за нею можна поставити «хмару» (чоботи взувають у дощову погоду) або «м'яч» (чоботи і м'яч гумові);

2) варіант – знайти не загальне, а відмінності між картинками (наприклад, поруч з «колючим їжачком» може стояти «пухнастий кіт»).

6. Релаксація «Відпочинок на хмаринці».

Психолог пропонує дитині зручно сісти, закрити очі і послухати: «Теплий літній вечір. Ти лежиш на траві і дивишся на плаваючі в небі хмаринки - такі великі, білі пухнасті хмаринки в блакитному небі. Навколо все тихо і спокійно, тобі тепло і затишно. З кожним вдихом і видихом ти починаєш повільно й плавно підніматися в повітря, все вище і вище, до самих хмар. Ти підпливаєш до найбільшої і пухнастої, до найкрасивішої хмари на небі. І ось ти лежиш на цій хмарі і відчуваєш, як вона ніжно гладить тебе. Тобі легко і приємно. Аж ось хмара відпустила тебе на галявину. Усміхнися хмаринці, потягнися і на рахунок «три» відкрий очі. Ти добре відпочив на хмарині?».

Заняття № 6

Привітання

1. Гімнастика-імітація «Зимові розваги».

Дитина повторює за дорослим дії, що імітують ходьбу по слизькій стежці, гру в сніжки, катання на санках, ковзанах, лижах, ліплення сніговика тощо.

2. Пальчикова гімнастика «Почергове з'єднання всіх пальців».

Психолог разом з дитиною по черзі з'єднують всі пальці з великим. На кожен ударний склад пальці однієї руки з'єднуються з великим в наступному порядку: 2, 3, 4, 5, 4, 3, 2. Потім вправу виконують пальчики іншої руки.

3. Функціональна вправа на розвиток вміння розподіляти увагу «Броунівський рух» (Ю. Шевченко, 1997).

Діти сідають в коло. Дорослий один за другим котить до центру кола тенісні м'ячики. Дітям повідомляються правила гри: м'ячики не повинні зупинятися і викочуватися за межі кола, їх можна штовхати ногою або рукою. Якщо учасники успішно справляються з завданням, дорослий вкочує до кола ще один м'ячик, а потім ще один...

4. Функціональна вправа на тренування навичок самоконтролю «Говори!» (Є. Лютова, Г. Моніна, 2007).

Психолог пропонує дитині зіграти у гру «Відповіді на запитання», але відповідати на них можна тільки тоді, коли дорослий дасть команду «Говори!». Наприклад: «Яка зараз пора року? (Пауза). Говори! (Дитина відповідає). Якого кольору фіранки в кімнаті? (Пауза). Говори! І т.д.». Пауза варіюється за часом. Потім психолог і дитина міняються ролями.

5. Функціональна вправа «Розмова з руками» (І. Брязгунов, 2008).

Дитині пропонується на папері обвести свої долоньки (виконується за допомогою психолога). Потім пропонуємо уявно «оживити» долоньки, домальовуємо пальчикам очки, ротик, розфарбовуємо їх. Після того починаємо розмову з ними: «Хто ви?», «Як вас звати?», «Що ви любите і що ви не любите робити?», «Які ви?» та ін. Якщо гіперактивна дитина не включається в розмову, психолог розпочинає цей діалог сам. При цьому варто підкреслювати, що руки хороші, вони багато чого вміють робити (малювати, складати конструктор, ліпити), але іноді не слухаються свого господаря. Закінчити гру треба «укладанням договору» між руками і гіперактивною дитиною. Нехай руки пообіцяють, що протягом 2-3 днів (у випадку роботи з гіперактивною дитиною спочатку часові рамки мають бути якомога коротшими) вони постараються робити тільки добрі справи: будуть майструвати, вітатися, гратися і не будуть нічого ламати і нікого кривдити. Дитина погоджується на такі умови, але через домовлений проміжок часу потрібно знову «порозмовляти з руками» й укласти договір вже на триваліший проміжок часу, слід обов'язково похвалити слухняні руки і їх господаря.

6. Релаксація «Сніговик, який розтанув».

Психолог пропонує дитині уявити, що вона – сніговик: хлопці у дворі тільки що зліпили його, намалювали йому ясні красиві очі і сяючу посмішку; м'яко світить зимове сонечко, сніговик бадьорий і веселий. Але ось настала

весна, сонечко стало припікати все сильніше та сильніше, і сніговик почав танути: розслабилася шия, плечі, руки, тіло... Сніговик розтанув і перетворився у маленьку калюжу.

Заняття № 7

Привітання

1. Гімнастика-імітація «Тваринки лісу».

Дитина повторює за психологом дії, що імітують різних тварин лісу (лисиця крадеться, ведмідь бредє, зайчик стрибає, білочка перестрибує з місця на місце, їжачок повзе, пташечки літають тощо).

2. Пальчикова гімнастика «Каблучки».

Психолог разом з дитиною виконують таку вправу: великий і вказівний пальці правої руки замикаються в «каблучку» і надягаються по черзі на всі пальці лівої руки – від великого до мізинця. Потім «каблучку» з пальців лівої руки нанизуємо на пальці правої.

3. Функціональна вправа на тренування концентрації уваги «Гамір» (Є. Коротаєва, 1997).

Один з учасників (гіперактивна дитина) стає ведучим і виходить за двері. Діти, що залишилися вибирають всім відому дитячу пісеньку і розподіляють між собою рядки з цієї пісеньки: кожному учаснику по рядочку. Потім заходить ведучий, і діти одночасно починають хором повторювати свої рядочки з пісеньки. Завдання ведучого – відгадати пісеньку. Ми використали відому всім дітям пісеньку «Я лисича, я сестричка...». Можна використовувати пісні, які діти розучували в дитячому садочку і пам'ятають.

4. Функціональна вправа на подолання надмірної активності і формування навичок самоконтролю «Перегони для черепах» (І. Шевцова, 1999).

Психолог і дитина стають біля однієї із стін. За сигналом дорослого вони починають повільно рухатися до протилежної стіни, удаючи маленьких

черепашок. Ніхто не має зупинятися та поспішати. Через 2-3 хвилини дорослий подає сигнал щодо зупинки гри. Перемагає той, хто виявився останнім. Вправа може повторюватися кілька разів.

5. Функціональна вправа «Розмова з тілом» (І. Брязгунов, 2008) – модифікація вправи на попередньому занятті «Розмова з руками».

Мета вправи полягає в тому, щоб навчити дитину володіти власним тілом. Дитина лягає на великий аркуш паперу (ми використовували шпалери). Дорослий обводить контури тіла дитини. Потім разом розглядають силует, розмальовують його і обговорюють питання: «Як ти вважаєш чи допомагає тобі твоє тіло у визначених ситуаціях, наприклад, коли ти рятуюєшся від небезпеки?», «Які частини тіла тобі особливо допомагають?», «Чи бувають ситуації, коли твоє тіло тебе не слухається?», «Що ти робиш у цьому випадку?», «Як ти можеш навчити своє тіло бути слухняним?», «Давай домовимося, що ти і твоє тіло будуть краще розуміти одне одного» тощо.

6. Релаксація «На озері».

«Уяви собі чудовий сонячний ранок. Ти знаходишся біля прекрасного, тихого озера. Чути лише твоє дихання і плескіт води. Навколо тихо і спокійно. Сонце світить яскраво і це змушує тебе почуватися все краще і краще, ти відчуваєш, як сонячні промені зігрівають тебе. Повітря чисте й прозоре, ти абсолютно спокійний. Ти відпочиваєш... Аж ось ти знову в кімнаті... Потягнися і на рахунок «три» відкрий очі. Ти чудово відпочив!»

Заняття № 8

Привітання

1. Гімнастика-імітація «Літні забави».

Дитина повторює за психологом дії, що імітують їзду на велосипеді, роликівих ковзанах, гру в м'яч, купання і плавання, стрибки через скакалку...

2. Пальчикова гімнастика «Кораблик».

Психолог показує дитині, як за допомогою техніки орігамі можна зробити кораблик, виконують разом.

3. Функціональна вправа з елементами арт-терапії «Дім для лісових тваринок».

Психолог пропонує дитині обвести за трафаретом і вирізати з кольорового картону фігури лісових тварин, а потім приклеїти їх на заздалегідь підготовлений лист з лісовим пейзажем.

4. Функціональна вправа «Канікули у лісі».

1-й етап - «переплутаний текст» – психолог читає дитині невеликий текст про те, як діти гостювали у лісі у свого друга Лисенятка. Завдання дитини – знайти в тексті помилки, яких свідомо припустився дорослий. Наприклад: «Влітку дітки гостювали у свого друга Лисенятка. У Лисеняти сіре хутро і малесенький хвостик...»

2-й етап – «переплутана гімнастика» – психолог показує дитині, як роблять ранкову гімнастику наші герої: котик (вигинає спинку і умиває мордочку), собачка (тягнеться до сонечка і весело стрибає) і лисеня (весело крутить хвостом). Далі психолог говорить фразу, наприклад: «Котик робить зарядку», але виконує дії, не відповідні герою цієї фрази. Завдання дитини - уважно слухати і виконувати рухи, які відповідатимуть герою фрази.

5. Функціональна вправа «Складання пазлів».

У цій вправі використовуються пазли відповідно до віку дитини. Психолог пропонує дитині за зразком зібрати з карток-пазлів картину. Коментуючи дії дитини, психолог заохочує до подальшого виконання, схвалює, при потребі допомагає.

6. Релаксація «Мандрівка метелика».

«Уяви собі чудовий літній день. Ти лежиш на зеленій галявині в лісі. Навколо все тихо і спокійно. Уяви, що ти - легкий метелик з великими і красивими крилами, змахни крильцями і злітай! З кожним вдихом і видихом ти все вище і вище літаєш у повітрі. Легкий вітерець ніжно гладить твої крильця. Тобі добре і приємно. Аж ось прийшов час повертатися додому. Потягнися і на рахунок «три» відкрий очі».

Заняття № 9

Привітання

1. Гімнастика-імітація «Подорож в Карпати».

Дитина повторює за психологом дії, що імітують піший похід в гори з різними перешкодами: струмочки, каміння тощо.

2. Пальчикова гімнастика «Гра на фортепіано».

Дитині пропонується уявити себе музикантом і заграти на столі улюблену пісеньку. При цьому пісеньку дитина співає і відбиває пальчиками в такт.

3. Функціональна вправа «Гірський пейзаж».

Психолог пропонує дитині придумати і скласти гірський пейзаж із різних за формою і кольором геометричних фігур.

4. Функціональна вправа «Підстрибни, будь ласка!» (Н. Кряжева, 1997).

На початку гри психолог разом з дитиною згадує ввічливі слова: «дякую», «будь ласка» і т.д. Потім психолог просить малюка виконати деякі команди, але виконувати їх можна тільки в тому випадку, якщо дорослий попросить про це ввічливо і скаже «будь ласка». Якщо дорослий «забуде» сказати «чарівне слово», команду виконувати не можна. Наприклад, «Підстрибни, будь ласка» – дитина повинна виконати команду; «Поплескай у долоні 3 рази» – команда не виконується.

5. Функціональна вправа «Кричалки-шепталки-мовчанки» (І. Шевцова).

У вправі використовуються три силуети дитячої долоньки, вирізані з кольорового картону: червоний, жовтий, зелений.

Психолог домовляється з дитиною про те, що, коли дорослий підніме:

- зелену долоньку – «кричалку», – можна бігати, кричати, стрибати;
- жовту долоньку – «шепталку», – можна розмовляти пошепки і спокійно пересуватися по кімнаті;

➤ червона долонька – «мовчанка», – означає сигнал «завмири», дитина повинна зупинитися в тій позі, в якій її застав цей сигнал.

6. Релаксація «Сон на березі моря».

Психолог включає тиху спокійну музику зі звуками моря, плескотом хвиль. Пропонує дитині зайняти зручне положення і, слухаючи музику, уявляти, що вона знаходиться на березі моря. Дорослий надає малюкові можливість помріяти, уявити, що йому хотілося б зробити на березі моря: збирати черепашки, похлюпатися у водичці і т.д. Після релаксації дитина розповідає про те, що вона побачила.



Міністерство освіти і науки України
Комунальний вищий навчальний заклад
«КОЛОМІЙСЬКИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ КОЛЕДЖ
ІВАНО-ФРАНКІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ»

26.10.2015 № 138

78200, Івано-Франківська обл.
м. Коломия, вул. І. Франка, 12
тел. 2-65-31,
e-mail: pu@yes.net.ua

ДОВІДКА
про впровадження результатів
дисертаційного дослідження Прокопів Людмили Ярославівни
«Особливості психологічної корекції гіперактивності дошкільників»
зі спеціальності 19.00.07 – педагогічна та вікова психологія

Прокопів Людмила Ярославівна представила на засіданні науково-методичної ради Коломийського педагогічного коледжу Івано-Франківської обласної ради матеріали дисертаційного дослідження на тему: «Особливості психологічної корекції гіперактивності дошкільників».

У доповіді було розкрито наукову новизну дослідження, яка полягає в тому, що вперше обгрунтовано ефективність суб'єкт-орієнтованого напрямку психологічної корекції гіперактивності дошкільників. Представлено аналіз концептуально-методичної моделі емпіричного дослідження та результатів діагностичного скринінгу. Аргументовано застосування комплексної мультимодальної суб'єкт-орієнтованої програми психокорекції гіперактивності дошкільників; проведено аналіз показників ефективності формульованого експерименту. Здобувачка представила авторський навчально-методичний посібник «Психокорекція гіперактивності у дошкільників», обгрунтувала можливості його використання в процесі психолого-педагогічної підготовки майбутніх вчителів.

На засіданні науково-методичної ради коледжу було ухвалено рішення про використання результатів дисертаційного дослідження та навчально-методичного посібника «Психокорекція гіперактивності дошкільників» при викладанні таких навчальних дисциплін: «Загальна психологія», «Вікова та педагогічна психологія», «Основи соціально-педагогічних досліджень», «Психокорекція», «Психодіагностика», а також в методичній та науково-дослідницькій роботі коледжу.

Протокол засідання науково-методичної ради № 8 від 20.10.2015р.

Голова науково-методичної ради:

Я. М. Якубовський

Директор



В. І. Ковтун



УКРАЇНА
КОЛОМИЙСЬКА МІСЬКА РАДА ІВАНО-ФРАНКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ
УПРАВЛІННЯ ОСВІТИ
ІНФОРМАЦІЙНО-МЕТОДИЧНИЙ ЦЕНТР
вул. Кобринського, 10 м. Коломия, 78200, тел.(3433) 23415,
E-mail: kolosvita2011@gmail.com

02.12.2015р. № 564/01-13/01

на № _____ від _____

ДОВІДКА
про впровадження результатів
дисертаційного дослідження Прокопів Людмили Ярославівни
«Особливості психологічної корекції гіперактивності дошкільників»
зі спеціальності 19.00.07 – педагогічна та вікова психологія

Прокопів Людмила Ярославівна представила на засіданні науково-методичної ради інформаційно-методичного центру (ІМЦ) управління освіти Коломийської міської ради матеріали дисертаційного дослідження на тему: «Особливості психологічної корекції гіперактивності дошкільників».

Емпіричне дослідження психологічних особливостей гіперактивних дошкільників проводилося в 2014 році (лютий-травень) на базі п'яти дошкільних навчальних закладах м. Коломії: ДНЗ №2 «Дударик», ДНЗ №3 «Берізка», ДНЗ № 16 « Орлятко», ДНЗ № 17 «Калинка», ДНЗ № 19 «Ромашка». Скринінгом було охоплено 162 дітей старшого дошкільного віку. До процесу психологічної діагностики, а в подальшому і корекції, були залучені практичні психологи та вихователі ДНЗ, а також батьки гіперактивних дітей. Прокопів Людмила Ярославівна провела аналіз концептуально-методичної моделі емпіричного дослідження та результатів діагностичного скринінгу, констатувала і аргументувала показники ефективності формувального експерименту, а саме застосування комплексної суб'єкт-орієнтованої програми психокорекції гіперактивності дошкільників та спеціальної програми психоедукації для батьків. Було представлено авторський навчально-методичний посібник «Психокорекція гіперактивності у дошкільників».

На засіданні науково-методичної ради було ухвалено рішення про впровадження результатів дослідження та використання навчально-методичного посібника «Психокорекція гіперактивності дошкільників» в роботі практичних психологів та вихователів ДНЗ м. Коломії з гіперактивними дітьми, а також в роботі з батьками гіперактивних дітей в рамках програми психоедукації.

Протокол засідання науково-методичної ради № 3 від 19 листопада 2015 року.

Директор
інформаційно-методичного
центру



У. Волощук



Міністерство освіти і науки України
Державний вищий навчальний заклад
Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника

вул. Шевченка, 57, м. Івано-Франківськ, 76018, тел. (0342) 75-23-51, факс: (0342) 3-15-74
e-mail info@pnu.if.ua Код ЄДРПОУ 02125266

12.05.16 № 01-15/06-13-869

На № _____ від _____

ДОВІДКА

про впровадження результатів
дисертаційного дослідження Прокопів Людмили Ярославівни
«Особливості психологічної корекції гіперактивності дошкільників»
зі спеціальності 19.00.07 – педагогічна та вікова психологія

Прокопів Людмила Ярославівна представила на засіданні кафедри педагогічної та вікової психології матеріали дисертаційного дослідження на тему: «Особливості психологічної корекції гіперактивності дошкільників».

У доповіді було розкрито наукову новизну дослідження, яка полягає в тому, що вперше обгрунтовано комплексну суб'єкт-орієнтовану модель психологічної корекції гіперактивності дошкільників; розширено і систематизовано організаційний і психотехнічний формати гіперактивності дошкільників шляхом визначення специфіки завдань і змісту роботи психолога, вихователя і батьків гіперактивної дитини із застосуванням елементів когнітивно-біхевіоральної та експресивної психотерапії; поглиблено уявлення педагогічної та вікової психології щодо шляхів здійснення диференційованого й індивідуального підходу до навчання і виховання гіперактивних дітей та комплексного підходу до психокорекції гіперактивної поведінки дошкільників. Представлено аналіз концептуально-методичної моделі емпіричного дослідження та результатів діагностичного скринінгу. Аргументовано застосування комплексної мультимодальної суб'єкт-орієнтованої програми психокорекції гіперактивності дошкільників; проведено аналіз показників ефективності формувального експерименту. Прокопів Людмила Ярославівна представила авторський навчально-методичний посібник «Психокорекція гіперактивності у дошкільників», обгрунтувала можливості його використання в процесі підготовки майбутніх психологів та педагогів.

На засіданні кафедри педагогічної та вікової психології було ухвалено рішення про використання результатів дисертаційного дослідження та навчально-методичного посібника «Психокорекція гіперактивності дошкільників» при викладанні таких навчальних дисциплін: «Вікова психологія», «Педагогічна психологія», «Основи психологічного консультування», «Основи психотерапії», «Основи психокорекції», а також в методичній та науково-дослідницькій роботі університету.

Завідувач кафедри
педагогічної та вікової психології

Ректор

Виконавець: Карпенко З.С.
+38(0342)596136



708
Карпенко З. С.

[Signature]
Цепенда І. С.