

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ ТА НАУКИ УКРАЇНИ
ВОЛИНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ЛЕСІ УКРАЇНКИ
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПРАКТИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА ПСИХОДІАГНОСТИКИ**

На правах рукопису

ШКАРА ВАЛЕНТИНА АНАТОЛІВНА

**СИНДРОМ ДЕФІЦИТУ УВАГИ З ГІПЕРАКТИВНІСТЮ
У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ: ТЕОРІЯ, ДІАГНОСТИКА,
КОРЕКЦІЯ**

Спеціальність: 053 «Психологія»
Освітньо-професійна програма «Практична психологія (психологічне
консультування та психотерапія)»
Робота на здобуття освітнього ступеня «Магістр»

Науковий керівник:
ГРИЦЮК ІРИНА МИХАЙЛІВНА
кандидат психологічних наук, доцент,
доцент кафедри практичної психології
та психодіагностики

РЕКОМЕНДОВАНО ДО ЗАХИСТУ

Протокол № ____

засідання кафедри практичної психології та психодіагностики

від _____ 2024 р.

Завідувач кафедри

Магдисюк Л. І. _____

Луцьк – 2024

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ВОЛИНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ЛЕСІ УКРАЇНКИ
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ

Волинський національний університет імені Лесі Українки

Факультет психології

Кафедра практичної психології та психодіагностики

Освітній ступінь Магістр

Спеціальність 053 Психологія

Освітньо-професійна програма «Практична психологія (психологічне консультування та психотерапія)»

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри

Магдисюк Л.І.

«__» _____ 2024 року

ЗАВДАННЯ НА ВИПУСКНУ КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ
(ПРОЄКТ) СТУДЕНТУ

Шкара Валентина Анатоліївна

1. Тема роботи (проєкту):

«Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю у дітей та підлітків: теорія, діагностика, корекція»

Керівник роботи (проєкту):

Грицюк Ірина Михайлівна кандидат психологічних наук, доцент кафедри практичної психології та психодіагностики

2. Строк подання студентом роботи (проєкту): листопад 2024 р.

3. **Мета** кваліфікаційної роботи (проєкту): теоретико-методологічний аналіз СДУГ у здобувачів початкової освіти та підлітків, а також розробка ефективних методів діагностики визначення та корекції СДУГ.

Завдання дослідження (проєкту):

1. Охарактеризувати СДУГ як предмет психолого-педагогічних досліджень.

2. Визначити причини виникнення та механізм розвитку СДУГ у дітей, а також вплив дитячо-батьківських відносин на розвиток СДУГ.

3. Проаналізувати результати діагностики СДУГ у здобувачів початкової освіти.

4. Виділити психолого-педагогічні технології корекції СДУГ.

5. Здійснити аналіз ефективності застосування програми психологічної корекції.

Дата видачі завдання: 01.11.2023 р.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів випускної кваліфікаційної роботи (проєкту)	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1.	Обґрунтування теми та огляд літератури з досліджуваної проблеми	до 01.11.2023	
2.	Написання першого розділу	до 27.04. 2024	
3.	Написання другого розділу	до 17.06. 2024	
4.	Написання третього розділу	до 01.08. 2024	
5.	Формування списку використаних джерел, додатків та оформлення ілюстративного матеріалу	до 07.09. 2024	
6.	Попередній захист кваліфікаційної роботи магістра	до 23.10. 2024	
7.	Інструментальна перевірка на академічний плагіат	до 28.10. 2024	
8.	Представлення кваліфікаційної роботи магістра до захисту	до 01.11. 2024	

Студентка

_____ (підпис)

Шкара В. А.

Керівник роботи (проєкту) _____

(підпис)

Грицюк І. М.

Шкара В. А.

Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю у дітей та підлітків: теорія, діагностика, корекція.

Спеціальність: 053 «Психологія»

Освітня програма: «Практична психологія (психологічне консультування та психотерапія)»

Луцьк, 2024 рік

АНОТАЦІЯ

Кваліфікаційна робота магістра ОП «Практична психологія (психологічне консультування та психотерапія)» спеціальності 053 «Психологія». Волинський національний університет імені Лесі Українки. Луцьк 2024.

Кваліфікаційна робота магістра складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, додатків (*згідно структури кваліфікаційної роботи, затвердженої кафедрою*).

У роботі розглянуто СДУГ як предмет психолого-педагогічних досліджень. Визначено причини виникнення та механізми розвитку СДУГ у дітей. Охарактеризовано дитячо-батьківські відносини та їх вплив на СДУГ. Проаналізовано стан виявлення СДУГ у дітей молодшого шкільного віку. Визначено оптимальні методики вивчення СДУГ у здобувачів початкової освіти. Виділено основні підходи до корекції СДУГ у дітей. Охарактеризовано психолого-педагогічні технології корекції СДУГ. Здійснено аналіз ефективності застосування програми психологічної корекції. Окреслено різновиди тренувальних завдань для покращення координації рухів, зняття імпульсивності, емоційної напруги та довільності поведінки.

Ключові слова: здобувачі початкової освіти, СДУГ, психофізичний розвиток, інклюзивна освіта, психокорекція, арт-терапія, тренувальні завдання, корекційно-розвивальна робота, психолого-педагогічні умови.

Shkara V. A.

Attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: theory, diagnosis and correction.

Specialty: 053 «Psychology»

Educational program: «Practical psychology (psychological counseling and psychotherapy)»

Lutsk, 2024

SUMMARY

Qualification work of the master's degree program «Practical Psychology (Psychological Counseling and Psychotherapy)», specialty 053 «Psychology». Lesya Ukrainka Volyn National University. Lutsk 2024.

The master's qualification work consists of an introduction, three chapters, conclusions, a list of references, and appendices (*according to the structure of the qualification work approved by the department*).

The work deals with ADHD as a subject of psychological and pedagogical research. The causes and mechanisms of ADHD development in children are determined. The child-parent relations and their influence on ADHD are characterized. The state of detection of ADHD in primary school children is analyzed. The optimal methods of studying ADHD in primary school students are determined. The main approaches to the correction of ADHD in children are highlighted. The psychological and pedagogical technologies for the correction of ADHD are characterized. The effectiveness of the application of the psychological correction program is analyzed. The types of training tasks for improving coordination of movements, removing impulsivity, emotional stress and arbitrariness of behavior are outlined.

Keywords: primary school students, ADHD, psychophysical development, inclusive education, psychocorrection, art therapy, training tasks, correctional and developmental work, psychological and pedagogical conditions.

ЗМІСТ

ВСТУП	8
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПРОБЛЕМИ СИНДРОМУ ДЕФІЦИТУ УВАГИ З ГІПЕРАКТИВНІСТЮ У ДІТЕЙ	11
1.1. СДУГ як предмет психолого-педагогічних досліджень.....	11
1.2. Причини виникнення та механізм розвитку СДУГ у дітей.....	17
1.3. Характеристика дитячо-батьківських відносин та їх вплив на СДУГ.....	24
РОЗДІЛ 2. ПСИХОЛОГІЧНА ДІАГНОСТИКА СДУГ У ЗДОБУВАЧІВ ПОЧАТКОВОЇ ОСВІТИ	28
2.1. Організація та методологія дослідження.....	28
2.2. Аналіз результатів дослідження.....	31
РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНА КОРЕКЦІЯ СДУГ У ЗДОБУВАЧІВ ПОЧАТКОВОЇ ОСВІТИ	41
3.1. Основні підходи до корекції СДУГ.....	41
3.2. Психолого-педагогічні технології корекції СДУГ.....	47
3.3. Аналіз ефективності застосування програми психологічної корекції.....	52
ВИСНОВКИ	61
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	66
ДОДАТКИ	71

ВСТУП

Актуальність дослідження. Проблема виявлення та корекції синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю у дітей та підлітків набуває зростаючої актуальності в сучасних наукових дослідженнях, зокрема, в галузі педагогіки та спеціальної психології. Сучасні дослідження, присвячені синдрому гіперактивності підкреслюють широкий спектр поширення цього порушення серед дитячої популяції, який варіюється від 2 до 20% і в окремих випадках досягає навіть 47% [20]. Згідно з іншими дослідженнями, синдром гіперактивності виявляється у 34-37% дітей із розумовою відсталістю [25]. Варіативність такого епідеміологічного діапазону свідчить про існування різних методологічних підходів до вивчення даного синдрому.

Загалом проблема діагностики та корекції синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю (далі – СДУГ) широко представлена в науковій та популярній літературі західних країн, але менш висвітлена в Україні. Однак в контексті формування соціально-нормативної поведінки дітей із СДУГ українська дефектологія відзначається визнаними пріоритетами в глобальному науковому середовищі. На сьогодні не існує єдиної концепції психопрофілактики, діагностики та корекції СДУГ, хоча існують різноманітні підходи до їх вивчення та розвитку. Актуальність проблеми, недостатнє теоретичне вивчення та практична реалізація, стали підставою для вибору нами теми магістерського дослідження «Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю у дітей та підлітків: теорія, діагностика, корекція».

Об'єктом дослідження є здобувачі початкової освіти із СДУГ.

Предметом дослідження є методи психодіагностики та підходи до корекції СДУГ.

Мета і завдання дослідження. Метою роботи є теоретико-методологічний аналіз СДУГ у здобувачів початкової освіти та підлітків, а також розробка ефективних методів діагностики визначення та корекції СДУГ. Для досягнення поставленої мети потрібно вирішити такі **завдання**:

1. Охарактеризувати СДУГ як предмет психолого-педагогічних досліджень та визначити причини виникнення та механізм розвитку СДУГ у дітей.
2. Виділити дитячо-батьківські відносини та їх вплив на СДУГ й проаналізувати стан виявлення СДУГ у дітей молодшого шкільного віку.
3. Визначити основні підходи до корекції СДУГ.
4. Виділити психолого-педагогічні технології корекції СДУГ.
5. Здійснити аналіз ефективності застосування програми психологічної корекції.

Теоретико-методологічна основа дослідження. Важливим для нашого дослідження є праці вітчизняних науковців, таких як: О. Романчук [1], який досліджував проблеми СДУГ у дітей, надаючи практичні рекомендації для їх корекції; О. Трибухіна та І. Лисенкова [2], вивчали психологічний вплив оточення на психосоматику дітей; О. Царькова, О. Прокоф'єва, Т. Каткова, Г. Варіна [3] розробили комплекс рекомендацій для виховання дітей із СДУГ; В. Шкара [26] аналізував психологічні характеристики дітей із СДУГ; Х. Присяжна, О. Тіунова [42] досліджували прояви СДУГ у першокласників та інші. Зарубіжні дослідники також зробили вагомий внесок, зокрема: J. Heiningер [12], який працював над методами виховання дітей з поведінковими проблемами; J. Biederman [9], який вивчав нейробіологію СДУГ; K. Linnet [25], який досліджувала вплив способу життя матері на розвиток СДУГ у дитини; R. Barkley [14; 20; 29], які розробляли критерії діагностики та терапії СДУГ.

Методи дослідження зумовлені темою та завданнями роботи. Зокрема, застосовувалися такі методи:

– *теоретичні*: аналіз, синтез, порівняння, узагальнення та інтерпретація інформації, отриманої в ході теоретичного вивчення наукової літератури з проблем розвитку дітей з СДУГ;

– *емпіричні*: методики «Т. Ахенбах» для оцінки поведінкових і психологічних проявів СДУГ; «Т. Вандербільт» для комплексної оцінки симптомів СДУГ: неуважності, гіперактивності та імпульсивності;

«батьківського ставлення А. Варги і В. Століна» для аналізу батьківських відносин та їх впливу на розвиток СДУГ; проєктивна методика «Кактус» для оцінки емоційних і поведінкових проявів.

– *математично-статистичні*: описова статистика та порівняльний аналіз, для обробки результатів дослідження.

База дослідження. Луцька гімназія №17 Луцької міської ради. До вибірки увійшли здобувачі початкової освіти 6-7 років у кількості 28 осіб, 16 з яких мають діагноз СДУГ. Гендерний розподіл оцінюваних дітей у вибірці був таким: 15 дівчаток (53,9 %) проти 13 хлопчиків (46,1 %).

Наукова новизна та практичне значення. Проведений аналіз розвитку дітей зі СДУГ показав нові діагностичні показники. Було розроблено сучасну програму психокорекції для цієї категорії дітей, а також рекомендації управління гнівом для їх батьків. Було удосконалено методику діагностики СДУГ у здобувачів початкової освіти, що сприятливо вплинуло на розуміння цього розладу для усіх учасників педагогічного процесу.

Практичне значення дослідження проявляється у застосуванні комплексу діагностичних методик для виявлення СДУГ у здобувачів початкової освіти. Отримані результати дослідження доповнюють методи впливу психологів на зазначену категорію дітей під час педагогічного процесу та соціальної адаптації. Розроблені методичні рекомендації стосовно корекції СДУГ у дітей можуть бути застосовані психологами та педагогами в освітніх установах.

Апробація результатів дослідження. Результати дослідження були представлені на міжнародній науково-практичній конференції «Психологічні основи здоров'я, освіти, науки та самореалізації особистості (м. Луцьк, 25-26 березня 2023 р.).

Шкара В. А. Психологічні особливості дітей з синдромом дефіциту уваги. *Матеріали конференції: VI Всеукраїнська студентська наукова конференція «Експериментальні та теоретичні дослідження в контексті сучасної науки» (21 червня 2024 р., м. Рівне).* Рівне. 2024. С. 229 [26].

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПРОБЛЕМИ СИНДРОМУ ДЕФІЦИТУ УВАГИ З ГІПЕРАКТИВНІСТЮ У ДІТЕЙ

1.1. СДУГ як предмет психолого-педагогічних досліджень

З моменту народження на людину впливають різноманітні фактори, зокрема: психічні, соціальні, біологічні та інші, що відображаються на її поведінці. У процесі розвитку дитини можуть виникати певні поведінкові розлади, які батьки можуть не помічати через зайнятість власними справами. Розвиток дитини не має універсальної моделі виховання, оскільки кожна дитина є індивідуальною. У юному віці у дитини може розвинути синдром дефіциту уваги та гіперактивності (далі – СДУГ). СДУГ визначається як виснажливий розлад, який вимагає індивідуального підходу, щоб не втратити можливість позитивних змін у поведінці. На жаль, СДУГ не піддається повному лікуванню і з часом закріплюється у психіці дитини [1, с. 8].

СДУГ представляє собою поліморфний розлад у клінічній психології, що характеризується підвищеною руховою активністю, яка перевищує норму. Діти із СДУГ мають труднощі з контролем поведінки, що призводить до непродуктивності, імпульсивності та порушень уваги. Синдром має багато аспектів і широкий спектр проявів, через що діти із СДУГ рідко виглядають однаково. Оскільки СДУГ може впливати на численні аспекти життя людини, важливо виявляти та лікувати цей розлад на ранніх стадіях [1, с. 15]. Хоча СДУГ не піддається повному лікуванню, застосування психотерапії, медикаментів та інших методів може значно покращити прояви синдрому.

З початку ХІХ ст. вчені почали проявляти інтерес до особливостей фізіологічного розвитку дітей шкільного віку. Зокрема, дослідники звертали увагу на надмірну активність, неуважність та імпульсивність, що вважалися нормальними для зазначених вікових меж (6-17 років), але також помічали відхилення від норми. Згодом вчені почали досліджувати невротичні відхилення

у поведінці та навчанні дітей, але довго не могли дати наукового пояснення цим станам [2, с. 4].

Французькі автори Ж. Філіпп і П. Бонкур у своїй книзі «Psychological Anomalies Among Students» описували так званих нестійких учнів, поряд з епілептиками та астеніками [3, с. 193]. Загалом, книга викликала інтерес у вчених до цієї теми і вони почали по-різному називати ці стани у дітей, зокрема, невротичні відхилення поведінки та навчальні труднощі. Однак довгий час не існувало науково обґрунтованих назв для цих станів. У 1947 р. педіатри вперше спробували чітко описати такі стани, використовуючи термін «синдром гіперактивності дітей з труднощами в навчанні».

У 1959 р. Е. Деноффон запропонував термін «мінімальна мозкова дисфункція» (далі – ММД). Цей термін описує незрілість та дисгармонійність розвитку певних структур головного мозку, відповідальних за вищі психічні функції, такі як мова, читання, письмо, рахунок, увага та пам'ять [3, с. 240]. Локальні порушення кори головного мозку клінічно описувалися як рухові розлади, порушення розвитку мови та розлади формування навчальних навичок: дискалькулія (порушення рахунку), дислексія (порушення читання) та дисграфія (порушення письма). Зазначені симптоми призводили до проблем з навчанням у школі та контролюванням поведінки.

Оксфордська міжнародна група також зацікавилася питаннями дитячої неврології. Вони вивчали дітей з проблемами навчання та поведінки, такими як імпульсивність, низький рівень концентрації уваги, але з нормальним інтелектом та легкими неврологічними порушеннями, які не виявлялися при звичайних дослідженнях. До цієї групи також відносили дітей з ознаками незрілості та уповільненого дозрівання, але з нормальним інтелектом і легкими неврологічними порушеннями психічних процесів. Виявивши цей діагноз у дітей, в США була організована спеціалізована комісія.

Подальші дослідження вчених продемонстрували, що найчастішими симптомами ММД є порушення рухової активності у вигляді дефіциту уваги та гіперактивності. Таким чином, у 1980-ті рр. був запропонований термін, яким ми

зараз широко користуємося – «синдром дефіциту уваги з гіперактивністю» [3, с. 387].

Точні причини СДУГ залишаються невідомими для вчених до цього часу. Існують різні гіпотези щодо можливих механізмів цього розладу. Деякі вчені вважають, що гіперактивність може бути наслідком родової травми, тоді як інші вбачають біохімічний дисбаланс у центральній нервовій системі як потенційну причину. Дослідники також припускають, що порушення кровообігу в головному мозку може впливати на розвиток СДУГ. Відповідно до цієї гіпотези, новонароджені можуть отримувати слабкі ушкодження мозку, що призводить до недостатнього функціонування деяких клітин. Це може призвести до перенавантаження нервової системи дитини, оскільки вона спробує відновити пошкоджені клітини та забезпечити віковий розвиток. У стресових ситуаціях нервова система гіперактивної дитини може не впоратися з додатковим навантаженням, що може призвести до погіршення неврологічного стану і прояву порушень у поведінці [3, с. 411]. Отже, хоча причини СДУГ не встановлені повністю, зазначені гіпотези надають деяке розуміння можливих механізмів цього розладу.

Відповідно до Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10) [4], гіперактивні розлади віднесені до рубрики F90 «Гіперкінетичні розлади», яка належить до розділу «Емоційні розлади та розлади поведінки, що зазвичай починаються в дитинстві або підлітковому віці». У МКХ-11 гіперактивний розлад із дефіцитом уваги виділено як окреме порушення. МКХ-11 характеризується вузькими та суворими критеріями, що охоплюють лише важчі форми розладу, які відповідають комбінованій формі СДУГ. Використання цієї класифікації дозволяє також ідентифікувати легші форми СДУГ та правильно підібрати методи корекції. Навіть умовно легкі форми розладу можуть супроводжуватися серйозними вторинними проблемами і призводити до порушень функціонування дитини в основних сферах життя.

Аналізуючи наукову літературу, ми натрапили на статтю, в якій вітчизняні психологи Е. Панасенко та О. Ліхно структурували ознаки гіперактивної дитини

на три загальні блоки, що включають критерії поведінки гіперактивної дитини (див. табл. 1.1.).

Таблиця 1.1.

Основні ознаки гіперактивної дитини за Е. Панасенко та О. Ліхно

№	Блок	Особливості
1.	Дефіцит уваги	Характеризується нездатністю дитини зберігати увагу протягом тривалого періоду. Вони можуть мати труднощі з послідовністю завдань, часто не слухають і не виконують доручень. Додатково, вони можуть мати проблеми з організацією та здатністю запам'ятовувати.
2.	Рухове розгальмування	Описано непостійну активність та неспокій гіперактивної дитини. Вони постійно рухаються, не можуть залишитися на місці, мають тенденцію до стрибків, бігу та пересування. Додатково, їхня потреба в сні може бути меншою порівняно з іншими дітьми.
3.	Імпульсивність	Блок описує тенденцію дитини до спонтанності та неврівноваженої реакції. Вони можуть відповідати на запитання перед тим, як вони були повністю почуті, та часто перебивають інших. Ці діти можуть здаватися невихованими, але це може бути обумовлено фізіологічними факторами, а не вихованням.

Примітка: джерело складене автором на основі [5]

Е. Панасенко та О. Ліхно також зазначали, що якщо у дитини до 7 років проявляються хоча б 6 із перерахованих нижче ознак, можна припустити, що дитина є гіперактивною. Однак вони наголошують на важливості не поспішати з діагностикою цього синдрому. Зокрема,

– неспокійні рухи рук і ніг, які проявляються у постійному змінюванні положення тіла, навіть коли дитина сидить на місці;

– неможливість залишитися на стільці, коли його просять, з частими потребами у рухомості;

– нествердне утримання уваги на одній справі, що призводить до труднощів у виконанні завдань навіть у різних ситуаціях;

– відповіді на запитання без уваги до їхнього завершення, що призводить до помилок у відповіді;

– труднощі з виконанням завдань незалежно від рівня складності;

– проблеми з концентрацією під час виконання завдань або гри, з можливістю мисленого відволікання;

– часті переходи від однієї справи до іншої без завершення;

- невміння грати тихо та спокійно;
- багатомовність, перескакуючи від одного розділу до іншого;
- заважання одноліткам та втручання у їхні ігри, незважаючи на доброзичливий характер;
- враження, що дитина не слухає, коли їй щось донести;
- втрата речей та невміння дбайливо їх тримати;
- ризиковані дії, які можуть призводити до небезпеки для себе та інших, з неухважністю до можливих наслідків [5, с. 83].

СДУГ може суттєво впливати на соціальну адаптацію дитини, що може призвести до різних проблем у взаємодії з однолітками. Наприклад, гіперактивні діти можуть мати труднощі у взаємодії з іншими дітьми через їх нестійкість та неухважність. Вони можуть проявляти агресивну, непослухняну або нав'язливу поведінку, що може викликати відчуття відокремленості та відчуження від ровесників. У школі діти із СДУГ також можуть стикатися з різними соціальними труднощами. Зокрема, вони можуть мати складнощі у контролі мови та поведінки, що впливає на їхнє спілкування з іншими людьми. Така поведінка може бути відчута неприємною, адже вони можуть перебивати співрозмовника, втручатися у діалоги або говорити надто голосно. Гіперактивні діти також можуть мати труднощі з адаптацією до нових середовищ, наприклад, до нового класу або школи. Це може призвести до незручностей у взаємодії з новими дітьми та вчителями, а також викликати стрес і тривогу.

Гіперактивні діти можуть зазнавати викликів у регулюванні свого поведінкового спектру та виконанні соціальних норм. Вони можуть демонструвати нестримність або не звертати увагу на правила поведінки в різних контекстах. Також, вони можуть стикатися з емоційними складнощами, що може викликати стрес і тривогу. Нерідко у них спостерігаються труднощі у сприйнятті та розумінні соціальних сигналів, таких як: жести, міміка, тон голосу. Внаслідок цього вони можуть неправильно інтерпретувати невербальні сигнали та використовувати неприйнятний тон голосу, що може вести до конфліктів у взаємодії з іншими людьми [5, с. 85]. Часто вони відчують себе

відокремленими від інших дітей та відчувають низьку самооцінку та відчуття невпевненості в собі.

Таким чином, усі окреслені виклики можуть створювати труднощі для дітей із СДУГ у соціальних взаємодіях і вимагають уваги та підтримки з боку батьків та педагогів. Для подолання зазначених труднощів можна використовувати різноманітні підходи, такі як: індивідуальні консультації з психологом, тренінги з розвитку соціальних навичок, групові заняття з розвитку комунікативних вмінь, участь у спортивних заходах та інші методи. При цьому, важливо створювати умови для розвитку гіперактивної дитини і допомагати їй відчувати себе впевнено в соціальному середовищі.

З метою профілактики гіперактивності рекомендується дотримання регулярного режиму дня, який має бути структурованим та підконтрольним батькам. Зокрема, це передбачає відслідковування послідовності, правильності та своєчасності дій дитини. Важливо, щоб змалечку дитина була ознайомлена з таким режимом та виконувала різні дії послідовно. Крім того, у регулярному режимі має бути забезпечене належне харчування та відпочинок. Насичення організму свіжим повітрям та фізична активність також є важливими складовими для ефективного контролю енергії дитини та підвищення її уваги під час виконання завдань [6]. Крім того, встановлення здорових звичок у харчуванні та здоровому способі життя є важливим аспектом, який впливає на загальний розвиток дитини. Надто, позитивне ставлення та підтримка батьків мають суттєвий вплив на психічний стан та емоційний розвиток дитини.

Узагальнюючи усе вищенаведене, відзначаємо, що проблема дітей із СДУГ є предметом досліджень наукової спільноти протягом тривалого періоду, і загальною позицією є те, що основна причина СДУГ полягає в наслідках ранніх органічних уражень головного мозку. При цьому слід зауважити, що сутність діагностичних маркерів полягає в здатності розуміти особливості кожної дитини та знаходити способи допомогти їй у подоланні труднощів.

1.2. Причини виникнення та механізм розвитку СДУГ у дітей

Швидкі трансформації у суспільстві породжують нові виклики, що потребують уваги. Негативні екологічні, економічні та соціальні умови впливають на загальний стан здоров'я та добробут молодого покоління. Недавні наукові дослідження свідчать про поширеність відхилень у психічному та фізичному розвитку серед дітей із СДУГ в якості однієї з найбільш актуальних проблем у дитячій психології. Науковий досвід показує різні точки зору на фактори, які впливають на розвиток СДУГ. Аналіз інформаційних джерел вказує на існування різних потенційних впливів на появу синдрому гіперактивності, проте, значення кожного з них ще потребує подальшого дослідження та конкретизації [7, с. 69].

Більшість наукових дослідників припускають, що симптоми СДУГ є результатом впливу різноманітних внутрішніх (біологічних) та зовнішніх факторів. СДУГ розглядається як складний та хронічний розлад мозкової діяльності, поведінки та розвитку. Когнітивні та поведінкові виклики, що виникають внаслідок цього розладу, впливають на різні аспекти життєдіяльності. В сучасній науці існують різноманітні теорії, спрямовані на пояснення причин і механізмів виникнення СДУГ, включаючи: генетичні, нейрофізіологічні, біохімічні, соціально-психологічні та інші (див. табл. 1.2.).

Таблиця 1.2.

Основні теорії причин та механізмів виникнення СДУГ

№	Теорія	Особливості
1.	Генетична	Вказує на те, що наявність СДУГ може бути унаслідкована від батьків, або передаватися у генетичній лінії, що відображається в певних генах або їх комбінаціях.
2.	Нейрофізіологічна	Стверджує, що СДУГ пов'язаний із дисфункцією нейрофізіологічних процесів у мозку, зокрема у роботі відповідних нейромедіаторних систем та мереж, що відповідають за увагу та імпульсивність.
3.	Біохімічна	Вказує на зміни у біохімічних процесах, зокрема у рівнях нейромедіаторів, таких як дофамін, серотонін, норадреналін, які можуть впливати на психічний стан та поведінку.
4.	Соціально-психологічна	Висуває припущення про вплив соціального середовища, виховання та психологічного клімату на розвиток СДУГ, включаючи взаємодію з родиною, школою та оточенням.

Примітка: джерело складене автором на основі [8-25]

Нейромедіаторна теорія висуває припущення про роль різних нейромедіаторів у формуванні поведінки та регулюванні вищих психічних функцій. Дослідження В. Бондара [8, с. 440], показало перспективні нейрохімічні моделі психічних розладів, включаючи афективні та поведінкові порушення, і вказали на зміни у рівні концентрації нейромедіаторів у різних психічних станах. Дж. Бедерман вказує на подібні феномени у пацієнтів з синдромом гіперактивності [9, с. 7].

Більшість науковців, що аналізують СДУГ з точки зору нейромедіаторного підходу вважають, що мутації декількох генів, які регулюють катехоламіновий обмін, визначають розвиток синдрому. Також, вважається, що порушення дофамінергічної системи, яка була добре досліджена у пацієнтів з паркінсонізмом і шизофренією, може бути фактором, що спричиняє синдром гіперактивності. Однак дослідження, проведені в останні роки, виявили відмінності в екскреції не лише дофаміну, але й норадреналіну, адреналіну та їх метаболітів.

Дослідження показують, що препарати, які лікують синдром гіперактивності, впливають на всі катехоламінові системи мозку, контролюючи рухову та емоційну активність. Нейрофізіологічна теорія вказує на особливості будови та функціонування мозкових структур у дітей із цим синдромом, таких як базальні ганглії та префронтальна кора [10, с. 34].

Дослідження з використанням кількісної електроенцефалограми показали, що у пацієнтів з СДУГ спостерігається підвищена активність повільних хвиль, особливо у лобових ділянках головного мозку. Зазначені зміни можуть бути морфологічним підґрунтям для легкої церебральної патології у дітей із цим синдромом [11, с. 62].

Генетична теорія вказує на те, що синдром гіперактивності має генетичну основу. Дослідження, проведені британськими вченими, підтверджують успадковування цього розладу, збірний коефіцієнт успадкування становить 76 %, що робить цей розлад одним із найбільш часто успадковуваних серед психічних захворювань [12, с. 269].

Прихильники медико-біологічної теорії стверджують, що розвиток СДУГ суттєво визначається проблемами, що виникають на етапах пренатального, перинатального та раннього постнатального розвитку. Однак конкретні механізми впливу цих факторів на формування синдрому залишаються невідомими. Наукові дослідження підтверджують зв'язок між СДУГ та різними негативними чинниками, такими як резус-конфлікт, вік батьків, аномалії вагітності, недостатня або надмірна вага при народженні, паління, а також психічні травми матері під час вагітності [13, с. 856].

Зарубіжні дослідники, прихильники нейропсихологічної теорії, пояснюють СДУГ недостатньою сформованістю так званих «керуючих функцій», що контролюються лобними відділами головного мозку. Дані функції відповідають за моторний контроль, саморегуляцію, внутрішню мову, увагу та оперативну пам'ять, тобто за здатність організовувати цілеспрямовану діяльність. Р. Барклі стверджує, що порушення саме цих функцій є основою синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю. В українських дослідженнях ці функції окреслені як «функції регуляції, програмування і контролю психічних процесів» [14, с. 385].

Дизонтогенетична теорія, одна з найпоширеніших у дослідженнях СДУГ, розглядає синдром як наслідок асинхронного розвитку, що призводить до неспецифічних форм реактивності, зокрема психомоторного рівня [15, с. 23]. С. Коробко трактує СДУГ як варіант дизонтогенезу, який зумовлений дифузним ураженням мозку. Він вводить поняття «дифузної церебральної дизрегуляції», що пояснює різноманітність клінічних проявів, обумовлених впливом на різні структури мозку [16, с. 416].

І. Петрюк висловлює гіпотезу, що СДУГ може бути як результатом органічних уражень мозку, так і самостійним психопатологічним синдромом [17, с. 529]. У межах патопсихологічного підходу СДУГ трактується як прояв незрілості нервової системи. Дизонтогенетична теорія припускає поліетіологічну природу синдрому, базуючись на уявленні про еволюцію людини як соціально-біологічного явища, що реалізується на рівні

мікропопуляцій. Такий підхід дає можливість краще зрозуміти клінічну картину синдрому та спрогнозувати його корекцію та лікування. Рання діагностика та стимуляція розвитку зовні є важливими аспектами для використання всього потенціалу дитини у процесі адаптації.

Теорія макро-соціального впливу має загальний та неоднозначний характер. В умовах зростаючої складності сучасного життя, питання про вплив соціальних чинників на розвиток синдрому гіперактивності нерідко втрачає чіткість і стає об'єктом загальнокультурних роздумів, набуваючи критичного звучання. Хоча ці глобальні роздуми можуть викликати соціальний резонанс, їх загальний характер не завжди вдається розкрити внутрішні механізми впливу або запропонувати конкретні превентивні заходи. Тим не менше, деякі дослідники намагаються встановити зв'язок між конкретними цивілізаційними чинниками і СДУГ [18, с. 223].

Соціально-психологічна теорія розвитку особистості дитини підкреслює вплив навколишнього середовища, особливо сімейних відносин, на формування її психіки та можливий розвиток СДУГ. Чинники, такі як: виховання, психологічний клімат у сім'ї, матеріальне благополуччя, та психічні розлади у батьків, впливають на цей процес [19, с. 149]. Наявність спадкової схильності до психопатології та негативні психосоціальні умови можуть сприяти розвитку синдрому гіперактивності. Зміни в оточенні та ставленні до дитини можуть вплинути на перебіг захворювання, що підкреслює важливість психолого-педагогічної корекції.

За дослідженнями Р. Барклі, СДУГ виникає через ураження центральної нервової системи в період вагітності та пологів у 84% випадків, має генетичні причини у 57 % випадків та пов'язаний з негативним впливом внутрішньосімейних чинників у 63 % випадків. СДУГ спостерігається у дітей віком від 3 до 15 років, особливо активно виявляється в здобувачів початкової освіти, з піком прояву навколо 6-7 років. Протягом 14-15 років гіперактивність поступово зменшується. У здобувачів початкової освіти частота проявів синдрому становить 4,0-9,5 % [20].

Із наукових досліджень О. Куцінко випливає, що період шкільного віку є найбільш критичним для дитинства. Початок навчання в школі, активна підготовка до навчання читанню, письму, рахунку вимагає значних перестроювань у центральній нервовій системі на всіх рівнях інтеграції [21, с. 4]. Автор вважає, що вік 6-7 років характеризується як еволюційно-прогресивними змінами, так і тимчасовими функціональними втратами, пов'язаними з нестабільністю та дисбалансом у різних системах мозку. Зазначений період є критичним для виявлення синдрому гіперактивності, який служить тривожним показником у контексті шкільної адаптації.

Дослідження А. Обухівської відображає особливості інтелектуальної активності у дітей із СДУГ, які характеризуються циклічністю: тривалість продуктивної роботи обмежується 5-15 хв., після чого вони стають неуважними та втрачають зосередженість, протягом 3-7 хв. мозок відпочиває та накопичує енергію для наступного робочого циклу [22, с. 127].

Для дітей із СДУГ характерне мимовільне переключення з одного виду діяльності на інший без належної концентрації та контролю. Вони легко відволікаються навіть на незначні звукові та зорові подразники, які їхні однолітки успішно ігнорують. Зниження уваги особливо помітне в незвичайних ситуаціях та вимагає самостійних дій.

Діти з цим синдромом проявляють недостатню наполегливість ні під час занять, ні в іграх, часто не можуть докладати зусиль для завершення задач або перегляду фільмів. Переключення уваги відбувається недостатньо ефективно, що призводить до фрагментарного виконання завдань, хоча діти намагаються виправити помилки. Основні прояви гіперзбудливості виявляються у різноманітних формах рухової неврівноваженості, яка часто виявляється як безметафорична та некерована рухова активність, що є характерним симптомом порушень розвитку у дітей.

На підставі наукових досліджень Л. Сиротюк можна зробити висновок, що рухові проблеми починають виникати у дітей із СДУГ ще у перших навчальних класах [23, с. 106]. Найчастіше спостерігаються труднощі з дрібною моторикою,

сенсомоторною координацією та спритністю рухів рук. Діти не можуть виконувати рухи з необхідною точністю та координацією, що проявляється в самообслуговуванні, грі, малюванні, письмі та фізичних вправах. Їх малюнки характеризуються примітивністю, диспропорційністю та нечіткістю лінійного з'єднання. Труднощі з утриманням рівноваги та порушення зорово-просторової координації призводять до незграбності в русі та збільшеного ризику травматизму серед дітей із СДУГ.

У дітей віком від 6 до 8 років починають проявлятися симптоми неуважності, які набувають особливої помітності під час навчання в школі. Уроки, що потребують тривалої та наполегливої уваги, стають випробуванням для таких дітей. Зазначені симптоми продовжують виявлятися і в середніх класах, що призводить до низької успішності, відволікання, неорганізованості та труднощів при адаптації до переходу з одного класу в інший, а також у соціальній взаємодії з вчителями та однолітками.

Часто така поведінка супроводжується агресивністю та нечесністю. Діти із СДУГ зазнають серйозних труднощів протягом всього періоду навчання, пов'язаних з формуванням самостійності, особистої відповідальності, досягнення незалежності та встановлення соціальних взаємин [24, с. 134].

Підлітковий вік виявляється періодом, коли проблеми, пов'язані із СДУГ, залишаються актуальними, навіть поглиблюються. Хоча у цей період гіперактивність та імпульсивність можуть зменшуватися, проте їх рівень залишається вищим, ніж у 95 % дітей без синдрому. Поміж інших аспектів, які важливо врахувати, слід відзначити різницю у частоті виявлення СДУГ за гендерним принципом.

Згідно з висновками К. Лайнет, цей розлад зустрічається серед хлопчиків частіше, ніж серед дівчаток. За загальними оцінками, відсоток випадків синдрому гіперактивності серед дітей у віці 6-12 років становить 2-3 % серед дівчаток та 6-9 % серед хлопчиків. Перед підлітковим віком частота виявлення цього синдрому знижується, проте у хлопчиків вона залишається вищою, порівняно з дівчатками у співвідношенні 2:1 або 3:1 [25, с. 1030]. Деякі

дослідники вважають, що це пояснюється нахабною поведінкою та агресивністю у хлопчиків. У дівчат спостерігаються симптоми опозиційного розладу на більш ранній віковій стадії, ніж у хлопчиків.

На нашу думку, зазначені статистичні відмінності можуть бути зумовлені декількома факторами. По-перше, порушення уваги у дівчаток не завжди проявляються у формі характерних для хлопчиків розладів поведінки. Також, діагностичні критерії, викладені у «Діагностичному та статистичному керівництві за DSM», можуть бути спрямовані переважно на діагностику у хлопчиків, що призводить до недооцінки симптомів, які характерні для дівчат.

Наприклад, надмірно рухлива поведінка частіше спостерігається у хлопчиків і може бути залучена як один із ключових критеріїв, тоді як у дівчат ця ознака може проявлятися менш виразно. У зв'язку з цим, для діагностики СДУГ у дівчаток їх поведінка має виявляти вкрай екстремальні прояви, які суттєво відрізняються від типової для їх вікової групи.

Отже, підсумовуючи усе вище наведене стверджуємо, що основні причини та механізми виникнення СДУГ розглядаються з позицій різних теорій. Зокрема, генетична теорія вказує на можливе унаслідування СДУГ від батьків. Нейрофізіологічна теорія підкреслює зв'язок цього розладу з дисфункцією нейрофізіологічних процесів у мозку. Біохімічна теорія вказує на зміни у рівнях нейромедіаторів, які можуть впливати на психічний стан та поведінку. Соціально-психологічна теорія підкреслює важливість соціального середовища та виховання у формуванні цього розладу, включаючи взаємодію з родиною, школою та оточенням.

Таким чином, виникнення СДУГ є багатоаспектним явищем, що залежить від генетичних, нейрофізіологічних, біохімічних та соціально-психологічних чинників.

1.3. Характеристика дитячо-батьківських відносин та їх вплив на СДУГ

Взаємодія між батьками та дітьми відіграє важливу роль у формуванні соціального та психологічного стану дитини, включаючи ймовірність розвитку СДУГ. Проаналізовані вище дослідження вказують на те, що якість цих відносин може впливати на ризик виникнення розладу. Діти, що виховуються в сім'ях з обмеженою увагою та структурою, або в середовищах з високим рівнем конфліктів та негативних емоцій, можуть бути більш схильними до розвитку СДУГ.

З іншого боку, позитивні батьківські відносини, що характеризуються теплою підтримкою, адекватною увагою та позитивним підходом, сприяють розвитку емоційної компетентності та можуть допомогти у запобіганні СДУГ [26, с. 229].

Ми вважаємо, що батьки повинні усвідомлювати важливість своєї ролі у вихованні дітей та забезпечувати їм належну увагу та підтримку, створюючи позитивні взаємини та навчаючи ефективно керувати стресом і негативними емоціями. Це може сприяти запобіганню розвитку СДУГ та забезпечити здоровий розвиток дитини.

Взаємини між дітьми і батьками мають значний вплив, оскільки вони включають в себе підходи батьків до виховання, типи ставлення батьків та інші фактори (див. табл. 1.3.). Позитивні приклади поведінки з боку батьків дуже важливі для формування дитячих уявлень і утримання їх від негативних звичок та негативних вчинків. Це має важливе значення, оскільки діти швидко адаптуються до таких зразків поведінки, агресії та вживання ненормативної лексики. Тому батьки повинні демонструвати доброзичливе та підтримуюче ставлення до своїх дітей [27, с. 5].

Всередині родини, де панує гармонія, є основним пунктом опори для всіх її членів. В цьому оточенні діти вчаться важливим соціальним та емоційним навичкам, які сприяють їхньому здоровому розвитку і адаптації до суспільства.

Основні типи взаємовідносин батьків та дітей із СДУГ

№	Тип	Особливості
1.	Безпечні стосунки	Діти відчувають себе захищеними та підтриманими батьками, що реагують на їх потреби. Це сприяє розвитку дитини та формуванню в неї незалежності та впевненості в собі.
2.	Унікаючі стосунки	Батьки не реагують на потреби своєї дитини, що може призвести до проблем у розвитку та адаптації дитини. Така поведінка дітей може бути реакцією на відсутність підтримки.
3.	Конфліктні стосунки	Батьки надають суперечливі відповіді на потреби дитини, що може призвести до емоційної нестабільності та надмірної поблажливості дітей.
4.	Заплутані стосунки	Батьки ігнорують потреби дітей, що може спричинити психічні розлади як у батьків, так і у дітей, а також непропорційну реакцію дітей на зовнішні подразники.

Примітка: джерело складене автором на основі [28-36]

Таким чином, стиль взаємодії між батьками та дітьми суттєво впливає на формування особистості дитини. Активна участь батьків у житті та розвитку дитини сприяє створенню спокійного, впевненого стилю виховання, вільного від невротичних реакцій. Це сприяє формуванню позитивного ставлення дитини до дорослих, незалежно від її власних характеристик.

Важливо враховувати, що різні люди можуть реагувати по-різному на однакові ситуації та перешкоди, проте у них можуть бути спільні риси, що проявляються на різних етапах життя. Зокрема, у здобувачів початкової освіти ще недостатньо розвинулись навички критичного мислення, що ускладнює їх здатність аналізувати навколишній світ [37, с. 3]. Ставлення батьків до дітей впливає на етнологенез та патогенез психічних розладів, а психосоматичні розлади у дітей часто мають психологічні причини. Авторитарний підхід, коли батьки намагаються нав'язати свою волю дітям, може призвести до виникнення негативних наслідків, так само як і недовіра до здібностей дитини, що позбавляє її можливості бути самостійною.

Фактори середовища, такі як: різноманітність стилів виховання, включаючи відсутність уваги та тепла від батьків, можуть впливати на розвиток дитини [38, с. 6]. Хоча всі батьки виявляють любов до своїх дітей, але спосіб виявлення цієї любові може відрізнятися відповідно до потреб та індивідуальних особливостей кожної дитини. У взаємодії також значною мірою важливі

стабільність, наявність рутини, встановлені норми поведінки та визначення меж [39, с. 7]. Нижче ми відобразили чинники, які можуть сприяти поліпшенню «дитячо-батьківських» відносин (див. рис. 1.4.).

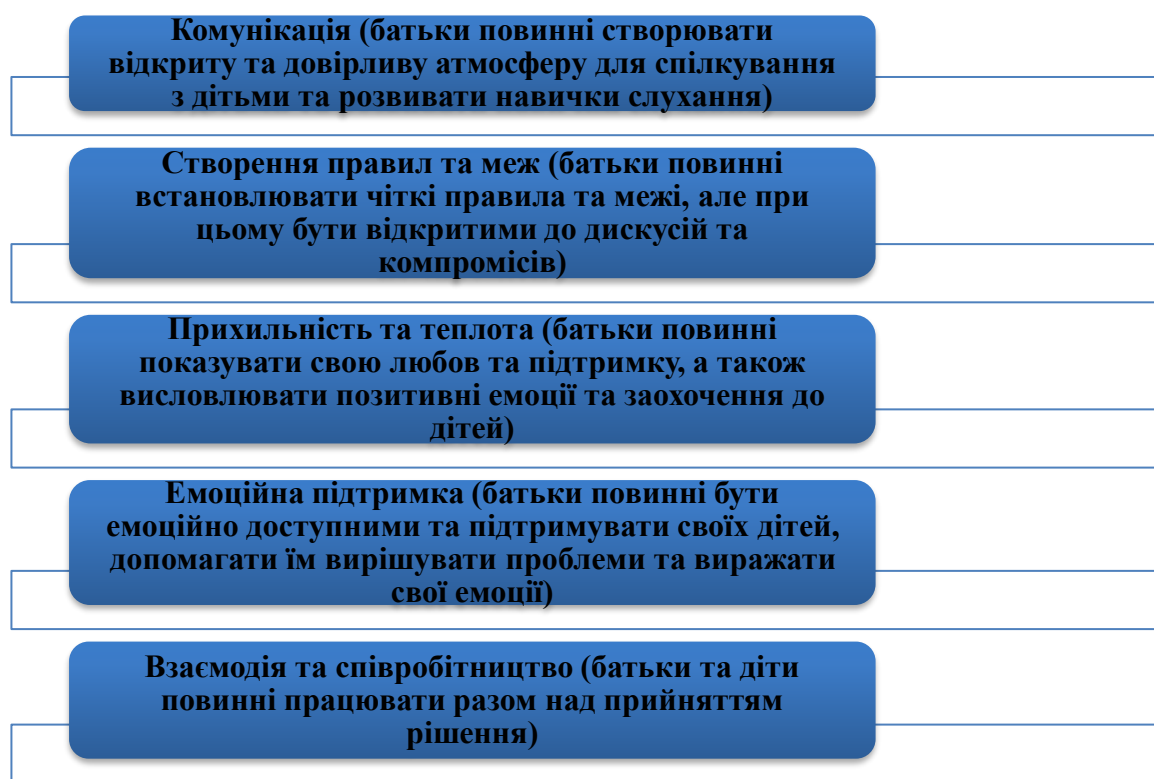


Рис. 1.4. Чинники покращення «дитячо-батьківських» відносин [40]

Розуміння того, що дитячо-батьківські відносини є динамічними і змінюються з часом, є ключовим. Батьки мають бути готові адаптуватися до зміни потреб і розвитку своїх дітей. Підтримка позитивних відносин може виявитися дуже важливою. Якщо ваша дитина має проблеми з гіперактивністю, безтурботністю або імпульсивністю, намагатися витратити безліч енергії на контроль ситуації може виявитися невдалим [41, с. 208]. Це може викликати відчуття розчарування та виснаження. Іноді ви можете відчувати, що ваша дитина контролює ситуацію, але існують інші шляхи відновлення контролю, які можуть одночасно допомогти дитині із СДУГ використовувати свої здібності на повну потужність. Важливо, щоб батьки були дуже чутливими до потреб своїх дітей, але це може стати важким завданням, особливо якщо вони самі мають складнощі зі структуруванням власного розпорядку дня.

Отже, для забезпечення позитивних дитячо-батьківських відносин важливо використовувати різноманітні підходи до виховання. Зазначені підходи можуть включати встановлення чітких меж і правил, вираження очікувань стосовно поведінки та результатів, а також стимулювання вираження думок та почуттів дитини. Ефективні методи взаємодії з дітьми із СДУГ, такі як: активне слухання, позитивне підкріплення, демонстрація сприйнятливості та прийняття, інтерес до життєвих подій дитини та її успіхів, також можуть бути корисними.

Вважаємо, що значну увагу слід звернути на створення атмосфери співпраці та взаєморозуміння, яка дозволяє батькам та дітям із СДУГ вільно обговорювати проблеми та знаходити спільні рішення. Також, важливо звертатися за допомогою до фахівців у галузі психології для отримання порад та підтримки у вихованні дитини.

Таким чином, дитячо-батьківські відносини мають великий вплив на розвиток дитини із СДУГ. Саме тому, важливо створити позитивну та підтримуючу атмосферу в родині, де дитина може відчувати любов, підтримку та захист, що сприяє її розвитку та досягненню успіхів у житті.

РОЗДІЛ 2

ПСИХОЛОГІЧНА ДІАГНОСТИКА СДУГ У ЗДОБУВАЧІВ ПОЧАТКОВОЇ ОСВІТИ

2.1. Організація та методологія дослідження

Експериментальною базою дослідження є Луцька гімназія №17 Луцької міської ради. До вибірки увійшли здобувачі початкової освіти 6-7 років у кількості 28 осіб, 16 з яких мають діагноз СДУГ. Гендерний розподіл оцінюваних дітей у вибірці був таким: 53,9 % дівчат проти 46,1 % хлопчиків.

Метою дослідження є ідентифікація дітей із СДУГ та дослідження їх особливостей розвитку, а також розробка рекомендованої психокорекційної роботи, спрямованої на забезпечення сприятливих соціально-психологічних умов для гармонійного розвитку особистості гіперактивної дитини. До завдань психологічного експерименту відносимо:

- визначити характеристики прояву СДУГ у здобувачів початкової освіти;
- дослідити вплив та взаємозв'язок гіперактивності у дітей із СДУГ з їх поведінковими особливостями;
- розробити орієнтовну систему роботи з дітьми та батьками з метою подолання гіперактивності у здобувачів початкової освіти.

Відповідно до мети та завдань дослідження було використано наступні методики: *«опитувальник Т. Ахенбаха»*, який надав загальну картину поведінкових і емоційних проблем дитини, допомагаючи підтвердити діагноз і зрозуміти соціально-психологічні аспекти, які можуть впливати на симптоми СДУГ (див. Додаток А); *«опитувальник Вандербільт»*, який дозволив оцінити рівень неухважності, гіперактивності та імпульсивності у дітей із СДУГ (див. Додаток Б); *тест батьківського ставлення В. Століної та А. Варги* дозволив оцінити стиль виховання і його вплив на дитину, розкриваючи сімейні фактори, які можуть впливати на прояви СДУГ у дітей (див. Додаток В); *проективна методика «Кактус»* використовувалась для виявлення емоційного стану та

внутрішніх переживань дитини та вказала на рівень тривожності або стресу (див. Додаток Г).

Опитувальники Вандербільт, Т. Ахенбаха, В. Століної та А. Варги розраховані на дітей від 6 до 10 років, заповнювати їх повинен один із батьків, або вчитель дитини, тому в ролі вибірки було обрано батьків, які заповнили анкети за 28 здобувачів початкової освіти.

Дослідження передбачає формування двох груп: експериментальної (ЕГ) – 16 дітей та контрольної (КГ) – 12 дітей. Емпіричне дослідження проводилось у 3 етапи. На першому етапі пройшла бесіда з батьками, для визначення найбільш негативних проявів СДУГ у дитини, наприклад, неспокій під час прийому їжі, виявлення стилів навчання в родині тощо.

На другому етапі відбулась діагностика СДУГ у дітей для визначення відмінностей між групами (опитувальник Вандербільт, Т. Ахенбаха, проєктивна методика «Кактус», тест А. Варги та В. Століна), які оцінюють прояви гіперактивності, неуважності та імпульсивності в поведінці дитини, а також спрямовані на вивчення рівня концентрації уваги та пам'яті.

Третій етап дослідження передбачає експериментальний вплив (інтервенція). На цьому етапі впроваджувались спеціальні психокорекційні технології та програми для ЕГ (засоби арт-терапії, технології тренування уваги, спеціальні навчальні стратегії для дітей із СДУГ), тоді як КГ отримувала звичайну підтримку без додаткових впливів (регулярні уроки без корекційної програми). Також, було проведено аналіз ефективності психокорекційної програми по двом групам (ЕГ та КГ).

Нами визначено три основні блоки ознак СДУГ, а саме: рухова активність, порушення уваги та імпульсивність. Виділені ознаки можуть проявлятися у віці 6-10 років, коли дитина починає відвідувати заклад загальної освіти, де важливим є формування уваги для повноцінного психічного розвитку. Відповідно до цих ознак нами були визначені критерії виявлення гіперактивності у здобувачів початкової освіти:

1) Критерій «гіперактивність» включає наступні показники:

- постійна спрямованість здобувача початкової освіти на рухову діяльність;

- неможливість тривалий час залишатися на місці, постійна метушливість;

- відсутність чіткої мети в руховій активності;

- часті прояви балакучості.

2) Критерій «неуважність» включає такі показники:

- нездатність здобувача початкової освіти утримувати увагу на деталях, що призводить до помилок у виконанні завдань;

- ігнорування зауважень оточуючих;

- великі труднощі в організації власної діяльності та завершенні роботи, нездатність засвоювати правила виконання завдань;

- уникання завдань, що вимагають тривалого розумового напруження, легка розсіяність.

3) Критерій «імпульсивність» включає наступні показники:

- відповіді на запитання без обдумування, недослуховуючи їх до кінця;

- складнощі з очікуванням своєї черги, незалежно від ситуації;

- часте переривання інших, втручання в розмови;

- нездатність регулювати свої дії та підкорятися правилам, часті емоційні коливання.

При підборі діагностичного інструментарію для вивчення СДУГ було дотримано два ключові критерії. По-перше, вибрані методики повинні бути обґрунтовані та опубліковані у наукових джерелах. По-друге, методики повинні відповідати визначеним показникам, таким як: рівень рухової активності, обсягу уваги та імпульсивності.

Важливим аспектом діагностики, зазначеним у нашому дослідженні, є спостереження за поведінкою здобувачів початкової освіти та опитування їх батьків. Оцінка поведінки здобувачів початкової освіти не лише відображає їх потреби у психологічній допомозі, але й сприяє визначенню стилю навчання та розвитку. Відзначається, що підвищена чутливість та реактивність здобувачів

початкової освіти мають значну взаємозв'язаність з аналогічними особистісними якостями у батьків, виявленими ще у дитинстві.

Таким чином, у нашому дослідженні діагностика СДУГ у здобувачів початкової освіти була комплексною і проводилась ретельно та всебічно через мультимодальний характер цього розладу. Основними діагностичними інструментами були: інтерв'ю, спостереження та стандартизовані опитувальники. Встановлення позитивного контакту з батьками та педагогами мало вирішальне значення як для якісної діагностики СДУГ у дітей, так і для подальшого подолання цієї поведінкової проблеми. При цьому, важливою складовою є не лише сама діагностика, а й розробка індивідуальних програм корекції та підтримки, які сприяють успішному адаптивному розвитку дитини у навчальному середовищі.

2.2. Аналіз результатів дослідження

Результати дослідження, отримані під час проведення опитування батьків, які виховують дітей із СДУГ з використанням методики «Опитувальник Вандербільт», підкреслюють важливість комплексного підходу до діагностики СДУГ, що враховує стійкі порушення в усіх трьох аспектах – неухвильності, гіперактивності та імпульсивності, а також оцінює ефективність інтервенцій у контексті поліпшення імпульсивної поведінки (див. табл. 2.1.).

Основні труднощі, пов'язані з неухвильністю, демонструють незначну перевагу в ЕГ. Найбільш помітна відмінність спостерігається в показниках нездатності слідкувати за деталями (65,7 % у ЕГ порівняно з 62,4 % у КГ), що може свідчити про глибші порушення уваги у дітей, які отримують спеціалізовану підтримку. Інші показники, такі як незакінченість розпочатого завдання, незібраність та легке відволікання, є подібними в обох групах, що вказує на те, що проблеми з концентрацією уваги є стійкими та характерними для дітей із СДУГ, незалежно від проведених інтервенцій.

Показники гіперактивності також демонструють схожі тенденції між групами. Наприклад, неспокійне рухання руками або ногами спостерігається у

62,4 % дітей ЕГ та 64,6 % дітей КГ, а надмірна активність, як біг в невідповідний час, є майже однаковою у двох групах (69,5 % в ЕГ і 69,7 % у КГ). Усе перераховане свідчить про те, що поведінкові прояви гіперактивності залишаються на високому рівні в обох групах.

Таблиця 2.1.

**Значення показників за шкалами імпульсивності,
гіперактивності, неуважності згідно з методикою «Опитувальник
Вандербільт» за результатами опитування батьків (%)**

Домінуючий симптомокомплекс синдрому гіперактивності	Симптоматичні значення	
	ЕГ	КГ
Показники неуважності		
Нездатна уважно стежити за деталями	65,7	62,4
Має труднощі у виконанні завдань, що вимагають зосередженої уваги	44,2	45,8
Не слухає, коли до неї звертаються	54,9	56,7
Не закінчує розпочатого заняття (ненавмисно)	61,4	61,8
Незібрана, неорганізована	70,4	69,9
Уникає або не хоче погоджуватися на виконання завдання, що вимагають підвищеної уваги	58,1	60,0
Плутає розклад, втрачає речі, необхідні для виконання завдань або будь-якої діяльності	40,0	39,8
Легко відволікається на все, що відбувається навколо	71,3	71,0
Показники гіперактивності		
Неспокійно рухає руками або ногами	62,4	64,6
Покидає своє місце в групі або в іншому місці, не може всидіти	53,9	52,6
Починає бігати і дертися кудись, коли недоречно	69,5	69,7
Діє як «заведена», начебто до неї прироблений «двигунчик»	44,7	47,1
Показники імпульсивності		
Надмірно балакуча	34,6	34,3
Не здатна стояти в чергах, чекати своєї черги	67,5	67,6
Перебиває інших або втручається в розмови	47,6	65,9

Примітка: джерело складене автором

Відмінності між групами в показниках імпульсивності є більш вираженими. Зокрема, втручання в розмови або перебивання інших значно менше в ЕГ (47,6 %) порівняно з КГ (65,9 %), що може свідчити про певний позитивний вплив інтервенцій на імпульсивну поведінку дітей. Проте, інші показники, такі як нездатність чекати своєї черги (67,5 % в ЕГ і 67,6 % у КГ),

залишаються подібними для обох груп, що свідчить про стійкість даної проблеми. Загалом, отримані результати свідчать про те, що діти із СДУГ в ЕГ демонструють дещо більші проблеми з неухважністю, тоді як рівні гіперактивності в обох групах залишаються схожими. Водночас, інтервенції позитивно впливають на прояви імпульсивної поведінки, особливо в аспекті втручання в розмови та перебування інших. Вказане підкреслює необхідність адаптації спеціалізованих програм для зниження неухважності та гіперактивності, а також підтримку успішних підходів до корекції імпульсивної поведінки.

Згідно результатів дослідження з використанням опитувальника Т. Ахенбаха, було виявлено, що діти із СДУГ в ЕГ стикаються з більшими труднощами в соціалізації, тривожності та когнітивних процесах порівняно з дітьми КГ, хоча позитивні зміни в рівні делінквентної поведінки можуть бути результатом спеціалізованих інтервенцій (див. табл. 2.2.).

Таблиця 2.2.

Прояви розладів у здобувачів початкової освіти із СДУГ згідно з методикою «Опитувальник Т. Ахенбаха», за результатами батьків (%)

Показники первинної шкали	Відповіді батьків (%)	
	ЕГ	КГ
Замкнутість	18,7	14,4
Соматичні проблеми	61,2	43,0
Тривожність	31,3	22,2
Порушення соціалізації	47,6	38,9
Глибина порушення мислення	67,4	64,5
Проблеми з увагою та гіперактивність/імпульсивність	79,3	68,1
Делінквентна поведінка	38,8	44,6
Агресія	38,3	36,8

Примітка: джерело складене автором

Результати опитування батьків свідчать про те, що діти із СДУГ в експериментальній групі (ЕГ) демонструють вищі рівні проблем порівняно з дітьми контрольної групи (КГ) за кількома показниками. Зокрема, рівень замкнутості в ЕГ становить 18,7 %, що перевищує показник у КГ, де цей рівень складає 14,4 %. Такий результат свідчить про труднощі дітей із СДУГ в ЕГ із соціальною інтеграцією або схильністю до самоізоляції.

Також, 61,2% дітей у ЕГ мають соматичні проблеми, що значно більше у порівнянні з 43,0% у КГ. Така різниця може бути обумовлена стресом або іншими психосоматичними факторами, що потребують медичної уваги. Рівень тривожності у дітей з ЕГ становить 31,3 %, що перевищує відповідний показник у КГ (22,2 %), вказуючи на підвищений рівень тривожних розладів серед дітей із СДУГ в ЕГ, що може бути пов'язано з їхньою невпевненістю або соціальними труднощами.

Щодо порушень соціалізації, у дітей з ЕГ цей показник становить 47,6 %, що перевищує аналогічний показник у КГ – 38,9 %. Вказані результати свідчать про те, що діти із СДУГ в ЕГ мають більш виражені труднощі з розвитком соціальних навичок, що може перешкоджати їх здатності формувати стосунки з однолітками та адаптуватися до соціальних норм.

Крім того, глибина порушень мислення в ЕГ досягає 67,4 %, що перевищує показник у КГ (64,5 %), підтверджуючи більш значні проблеми з когнітивними процесами, такими як: увага, організація та планування у дітей із СДУГ в ЕГ. Рівень проблем з увагою та гіперактивністю/імпульсивністю в ЕГ становить 79,3 %, що значно більше, ніж 68,1 % у КГ, вказуючи на більш виражені труднощі з концентрацією уваги.

Цікавим є показник делінквентної поведінки, який в ЕГ становить 38,8 %, що є нижчим порівняно з 44,6 % у КГ. Такий результат свідчить про менший рівень девіантної поведінки в ЕГ, можливо завдяки спеціалізованим інтервенціям або підтримці. Рівень агресії у дітей показав однаковий рівень поведінки в обох групах, зокрема ЕГ складає 38,3 % та КГ 36,8 %.

Таким чином, результати опитування за методикою «Опитувальник Т. Ахенбаха» демонструють, що діти із СДУГ в ЕГ мають більш виражені проблеми у таких сферах як: замкнутість, соматичні скарги, тривожність, соціалізація, порушення когнітивних процесів, а також проблеми з увагою, гіперактивністю та імпульсивністю порівняно з дітьми КГ.

Результати дослідження за методикою «Кактус» демонструють, що у дітей із СДУГ в обох групах спостерігаються схожі прояви емоційної напруги,

тривожності та імпульсивності, що є типовими для цього розладу. Однак у дітей ЕГ частіше фіксуються показники, які вказують на підвищену захисну поведінку (велика кількість голок, виступаючі відростки) та агресивні тенденції, що свідчить про більш виражені емоційні труднощі. Перевага темних кольорів також підтверджує негативний емоційний стан, що може бути ознакою високого рівня стресу (див. табл. 2.3.).

Таблиця 2.3.

Показники проявів СДУГ у здобувачів початкової освіти згідно з проективною методикою «Кактус»

Показники	Симптоматичні значення (%)	
	ЕГ	КГ
Велика кількість голок, розташовані по всьому малюнку	29,7	25,4
Перевага темних кольорів	18,6	17,4
Перевага яскравих кольорів	73,4	70,6
Сильна штриховка, натиск, уривчасті лінії	54,8	62,1
Виступаючі відростки	20,2	15,8
Одинокий кактус	42,4	40,0
Окрім основного кактуси є інші рослини	55,0	57,6
Квіти	8,2	9,0

Примітка: джерело складене автором

Зокрема, у ЕГ спостерігається більш виражена тривожність і захисна поведінка: 29,7 % дітей використовують велику кількість голок на малюнках, порівняно з 25,4 % у КГ. Підвищена частота виступаючих відростків у ЕГ (20,2 %) в порівнянні з КГ (15,8 %) також вказує на більші прояви агресивності. Однак, обидві групи демонструють перевагу яскравих кольорів (73,4 % у ЕГ та 70,6 % у КГ), що свідчить про імпульсивність та бажання привернути увагу. Проте, у дітей ЕГ також спостерігається більше проявів сильного натиску та штриховки (54,8 % у ЕГ проти 62,1 % у КГ), що може бути ознакою підвищеного рівня внутрішньої напруги.

Загалом, результати свідчать про те, що діти із СДУГ в ЕГ мають більш виражені ознаки емоційного стресу та захисної поведінки порівняно з дітьми з КГ. На нашу думку, такий результат підкреслює необхідність спеціалізованих

психоемоційних втручань для поліпшення адаптивних механізмів та зменшення внутрішньої напруги у дітей із СДУГ.

Результати дослідження внутрішньосімейних стосунків на основі тесту «батьківського ставлення А. Варги та В. Століна» свідчать про те, що в сім'ях дітей із СДУГ, які отримують спеціалізовану підтримку (ЕГ), спостерігається позитивна тенденція в деяких аспектах внутрішньосімейних стосунків. Зокрема, рівень емоційного відчуження в ЕГ є нижчим, а рівень кооперації – вищим, що вказує на покращення взаємодії між батьками та дітьми. Отримані результати демонструють, що інтервенції, які отримувала ЕГ можуть позитивно вплинути на емоційні стосунки та взаємодію в сім'ї, але водночас можуть призвести до посилення контролю з боку батьків (див. табл. 2.4.).

Таблиця 2.4.

Показники внутрішньосімейних стосунків згідно з методикою «Тест-опитувальник батьківського ставлення А. Варги, В. Століна»

Типи батьківських відносин	Результати загальної вибірки батьків (%)	
	ЕГ	КГ
«Відхилення»	11,5	13,3
«Кооперація»	8,1	5,1
«Авторитарна гіперсоціалізація»	24,0	19,9
«Симбіоз»	34,6	36,4
Інфантилізація	20,5	26,1

Примітка: джерело складене автором

Зокрема, показник «відхилення» у ЕГ складає 11,5 %, що дещо нижче порівняно з 13,3 % у КГ. Такий результат свідчить про кращі емоційні стосунки у сім'ях дітей, які отримують спеціалізовану підтримку. Однак різниця є незначною, і загальний рівень відчуження або дистанціювання у сімейних стосунках зберігається на помітному рівні. Щодо показників «кооперації» в ЕГ (8,1 %) то вони вищі порівняно з КГ (5,1 %), що вказує на те, що в сім'ях дітей ЕГ спостерігається більше співпраці та підтримки між батьками і дітьми. На нашу думку, це може бути ознакою більш конструктивного підходу до виховання та кращої взаємодії в сім'ях дітей із СДУГ, які отримують інтервенції.

Авторитарна гіперсоціалізація є більш вираженою у ЕГ (24,0 %) порівняно з КГ (19,9 %), що свідчить про надмірний контроль поведінки та соціалізації дітей ЕГ, який може бути зумовлений занепокоєнням через СДУГ. Рівень симбіотичних відносин є дещо нижчим у ЕГ (34,6 %) порівняно з КГ (36,4 %), хоча ці показники залишаються високими в обох групах. Такий результат свідчить про те, що батьки в обох групах часто ідентифікують себе з дитиною та надмірно залучені у її життя. У КГ рівень інфантилізації (26,1 %) вищий, ніж у ЕГ (20,5 %). Це вказує на те, що батьки дітей з контрольної групи частіше ставляться до них як до молодших або менш самостійних, що свідчить про недооцінку можливостей дітей і обмеження їх самостійності.

Загалом, результати опитування демонструють певні відмінності у батьківському ставленні між двома групами. У сім'ях дітей з ЕГ, які отримують спеціалізовану підтримку, спостерігається більше співпраці, однак і вищий рівень авторитарного контролю. Водночас, у КГ відзначається дещо більша інфантилізація дітей. Наявні результати підкреслюють необхідність розробки індивідуальних підходів до підтримки сімей, зокрема в аспектах розвитку самостійності дітей та пом'якшення надмірного контролю.

Таким чином, діти із СДУГ мають значні проблеми з концентрацією уваги, гіперактивністю і імпульсивністю, а також стикаються з соціально-психологічними труднощами. Вказане нами підкреслює важливість комплексного підходу до діагностики і підтримки дітей із СДУГ, включаючи медичні, психологічні та соціальні аспекти.

Загалом, результати нашого дослідження підтверджуються висновками Х. Присяжної та О. Тиунової [42], які використали у своїй роботі діагностичні критерії СДУГ та методики оцінки уваги. Зокрема, здобувачі початкової освіти проходили серію тестів, що вимірювали різні аспекти уваги, такі як: продуктивність, стійкість та обсяг. У результаті застосування методики «Знайди і викресли» було виявлено, що у 2 % учасників спостерігається низький рівень продуктивності і стійкості уваги, а у 24 % цей показник нижче середнього рівня.

Високий рівень продуктивності та стійкості уваги не було виявлено ні в одного опитуваного (див. рис. 2.1.).



Рис. 2.1. Показники рівня продуктивності та стійкості уваги у здобувачів початкової освіти за методикою «Знайди і викресли» [42]

Тест «Кодування» О. Вегнера та Г. Цукермана використовувався дослідниками для оцінки уваги та темпу діяльності, а також для виявлення порушень уваги і імпульсивності у здобувачів початкової освіти. Згідно з отриманими результатами, у 14 % учасників виявлено низький рівень уваги та темпу діяльності, у 8 % цей показник нижче середнього рівня. Приблизно у третини досліджуваних (27 %) спостерігається середній рівень, у половини (51 %) вище середнього, а високий рівень уваги та темпу діяльності у – 8 % і 43 % відповідно (див. рис. 2.2.).

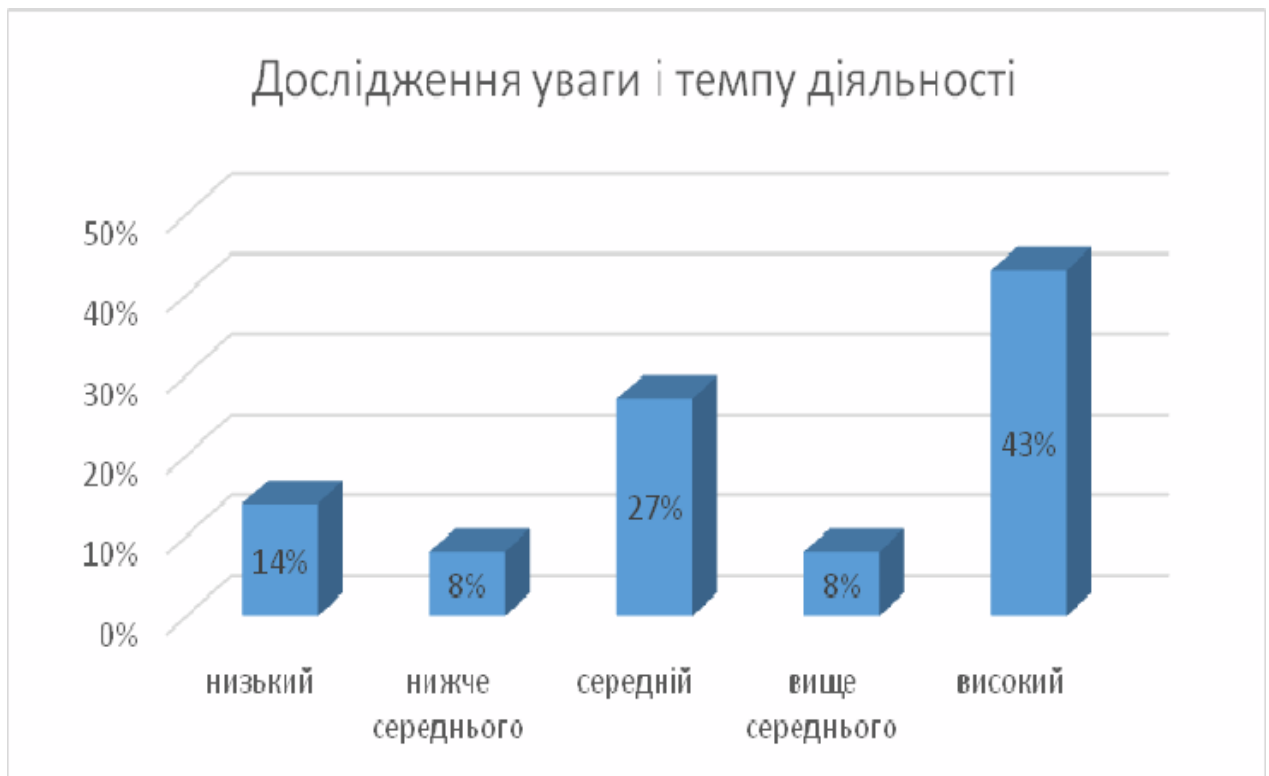


Рис. 2.2. Показник рівня уваги та темпу діяльності за тестом «Кодування» О. Вегнера та Г. Цукермана [42]

Дослідження, проведене за методикою «Запам'ятай і розстав крапки», засвідчило, що більшість респондентів демонструють високий (57%), або дуже високий (17%) рівень обсягу уваги. У 20% учасників цей показник оцінений як середній, тоді як 2% мають низький рівень, а 4% – дуже низький (див. рис. 2.3). Діти з низькими та дуже низькими показниками обсягу уваги одночасно охоплюють обмежену кількість компонентів, таких як літери, числові знаки, геометричні фігури тощо. На нашу думку, це може справляти негативний вплив на успішність навчальної діяльності здобувачів початкової освіти.

На основі узагальнення результатів дослідження Х. Присяжної та О. Тіунової встановлено, що у 8% здобувачів початкової освіти спостерігаються симптоми СДУГ, які перевищують нормативні показники за такими параметрами, як неуважність, гіперактивність та імпульсивність. У цих дітей також фіксуються низькі та дуже низькі значення продуктивності, стійкості, обсягу уваги та темпу діяльності згідно з іншими методиками, що вивчають характеристики уваги.



Рис. 2.3. Показник обсягу уваги у першокласників за методикою «Запам'ятай і розстав крапки» [42]

Отже, проведене нами магістерське дослідження дозволяє зробити висновок про необхідність комплексного психологічного та корекційного супроводу для дітей із СДУГ. Включення в програму корекції спеціально підібраних вправ для розвитку уваги, подолання імпульсивності та гіперактивності є важливим елементом. Крім того, активна участь батьків у виконанні домашньої програми корекції має підтверджений науковий позитивний ефект і важлива для успішності корекційних заходів.

РОЗДІЛ 3

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНА КОРЕКЦІЯ СДУГ У ЗДОБУВАЧІВ ПОЧАТКОВОЇ ОСВІТИ

3.1. Основні підходи до корекції СДУГ

СДУГ у здобувачів початкової освіти є складною проблемою, яка включає в себе розиткові особливості і особистісні аспекти цієї категорії дітей, а також їх емоційні та поведінкові характеристики. СДУГ потребує комплексного підходу до діагностики та корекції, включаючи різноманітні методи психолого-педагогічного впливу. При цьому, важливо враховувати причини дезадаптації дитини, щоб вибрати найбільш ефективні форми корекційно-розвивальної роботи, враховуючи можливості здобувача початкової освіти та її соціальне оточення [43, с. 8].

Основним видом допомоги здобувачам початкової освіти із СДУГ є психокорекція. Зокрема, цей процес передбачає обов'язкові зміни в оточенні дитини вдома та в навчальному закладі, а також корекцію поведінки та характеру батьків. У спеціальній психології корекція розглядається як метод психологічного впливу, спрямований на виправлення відхилень у психічному розвитку дитини. Часто поряд з поняттям «психологічна корекція» використовується термін «психотерапія», або навіть одне підміняє інше.

Психотерапія в класичному розумінні є системою спеціально організованих методів лікувального впливу [44, с. 424]. Водночас, слід зазначити, що зарубіжні фахівці використовують термін «психотерапія» для опису методів роботи, які виконує психолог.

У нашому магістерському дослідженні було враховано основоположені принципи спеціальної психології та корекційної педагогіки, які передбачають ефективний корекційний вплив на особистість здобувача початкової освіти із СДУГ, включаючи її емоційну та поведінкову сфери, який досягається за умови

системного підходу. Такий підхід передбачає комплексне врахування всіх аспектів особистості дитини в цілому.

Загалом корекційна допомога базується на глибокому аналізі індивідуальних особливостей кожної дитини з боку психолога та створенні умов, що максимально сприяють розвитку особистості із СДУГ. Основний акцент зроблено на розвиток вищих психічних функцій та покращення міжфункціональної взаємодії інтелектуальних і емоційних аспектів психіки.

Ефективність психокорекції залежить від аналізу психологічної структури дефекту та причин його виникнення. У зв'язку із складністю та особливостями аномального розвитку здобувача початкової освіти необхідний ретельний методологічний підхід до аналізу зазначених аспектів та реалізації психокорекційних заходів. Розробка принципів є основною метою, яка є надзвичайно важливою як у теоретичній, так і практичній площині психокорекції. Зокрема, психокорекція ґрунтується на фундаментальних положеннях психології (див. табл. 3.1.).

Таблиця 3.1.

Основні аспекти психокорекції СДУГ у здобувачів початкової освіти

№	Аспекти	Особливості
1.	Розуміння особистості людини	Розуміння особистості людини як цілісної психологічної структури, формування якої відбувається протягом усього життя. Цей процес базується на усвідомленні суспільних норм і правил поведінки, а також на формуванні свідомості.
2.	Продуктивний психічний розвиток	Продуктивний психічний розвиток та формування особистості дитини здійснюються через спілкування з дорослими – батьками, педагогами і близьким соціальним оточенням.
3.	Формування особистості та корекція відхилень	Формування особистості та корекція відхилень у розвитку відбувається за підтримки провідного виду діяльності, наприклад, у шкільному віці це може бути ігрова діяльність.
4.	Розвиток особливої дитини	Розвиток дитини з СДУГ керується тими ж законами, що й розвиток нормальної дитини, за умов виконання певних суворо продуманих умов та правил.

Примітка: джерело складене автором на основі [45]

Зазначені в таблиці 3.1 положення визначають методологічний підхід до психологічної корекції, який активно використовується в практиці психології та

педагогіки для ефективного впливу на особистісний розвиток здобувачів початкової освіти із СДУГ.

У процесі психокорекції здобувачів початкової освіти із СДУГ необхідно уважно враховувати складну структуру їх розвиткових особливостей. Це включає характер поєднання таких аспектів як: етіологія (причини виникнення), патогенез (механізми розвитку) первинних та вторинних порушень, а також соціальну ситуацію розвитку дитини та провідний вид діяльності. Загалом, ефективність психологічної корекції поведінкових порушень у таких дітей залежить від дотримання загальновідомих принципів підтримки та втручання (див. табл. 3.2.).

Таблиця 3.2.

Основні принципи підтримки та втручання під час психокорекції здобувачів початкової освіти із СДУГ

№	Принцип	Особливості
1.	Комплексності корекційних впливів	Вимагає розглядати психологічну корекцію як інтегрований комплекс клініко-психолого-педагогічних заходів. Ефективність такої корекції залежить від врахування клінічних, педагогічних та психологічних факторів розвитку здобувачів початкової освіти, а також їх соціального середовища.
2.	Єдності діагностики, профілактики та корекції	Ґрунтується на усвідомленні, що ефективні методи психологічної допомоги можливі лише при належній психологічній діагностиці. Визначення особливостей психічного розвитку здобувачів початкової освіти та їх потенційних можливостей на попередніх етапах є важливим кроком.
3.	Диференційованого та індивідуального підходу	Передбачає розгляд здобувача початкової освіти як цілісної особистості з урахуванням її унікальних рис та індивідуальних особливостей. В процесі психологічної корекції необхідно акцентуватися не лише на конкретних функціях або психічних явищах, а й на особистості в цілому.
4.	Особистісно-діяльнісного підходу	Відображає уявлення про те, що особистість розгортається і формується через активну діяльність. Такий підхід передбачає, що психологічна корекція має враховувати провідний вид діяльності здобувача початкової освіти як цілісну і осмислену структуру, значущу для її віку.
5.	Ієрархічний	Передбачає, що основний зміст корекційної роботи повинен бути спрямований на зону найближчого розвитку здобувача початкової освіти. Такий підхід передбачає активну участь дитини, батьків та педагогів.
6.	Казуальний	Проявляється через усунення причин та джерел відхилень у психічному розвитку здобувача початкової освіти. Складна

		ієрархія відносин між симптомами та їх причинами, а також структура дефекту, визначають завдання і цілі психологічної корекції.
--	--	---

Примітка: джерело складене автором на основі [46]

Розвиток дитини із СДУГ вимагає активної діяльності, яка може бути забезпечена загальноосвітньою установою. В таких закладах повинен здійснюватися комплексний вплив на особистість здобувача початкової освіти, включаючи роботу корекційних педагогів, дефектологів, спеціальних психологів, логопедів та медиків з активною участю батьків. Основною метою такої роботи є організація освітнього процесу таким чином, щоб сприяти розвитку творчої особистості дитини та підготувати її до самостійного життя в умовах сучасного суспільства.

При організації та проведенні експериментальної корекційної роботи із здобувачами початкової освіти із СДУГ особливу увагу приділяли принципу діяльнісного підходу. Згідно з цим принципом, центром корекційної роботи з дітьми був процес формування рольових ігор як провідного виду діяльності. Це середовище сприяло не лише значним змінам у психіці здобувачів початкової освіти, але й розвитку всіх психічних процесів.

Для вирішення корекційних завдань при роботі із здобувачами початкової освіти із СДУГ ми використовували наступні види діяльності, представлені у таблиці 3.3.

Таблиця 3.3.

Основні види діяльності у роботі із здобувачами початкової освіти із СДУГ

№	Види діяльності	Особливості
1.	Продуктивна	Спрямована на розвиток можливостей здобувачів початкової освіти для самостійного створення і реалізації своїх задумів. Ліплення, малювання, конструювання є основою для розвитку творчих здібностей, уяви та самовираження. Педагог виступає як керівник цього процесу, сприяючи розвитку індивідуальності дитини.
2.	Ігрова	Важливий універсальний спосіб психологічної корекції для здобувачів початкової освіти із СДУГ. Гра сприяє розвитку психічних функцій, а також корекції емоційних та поведінкових порушень.
3.	Пов'язана з дотриманням	Сприяє закріпленню навичок самообслуговування, усвідомленню правил поведінки та взаємодії з іншими людьми. Цей вид

норм і правил	діяльності допомагає формувати в дитини стійкість до режимів і структурує її повсякденне життя.
---------------	---

Примітка: джерело складене автором на основі [47]

При розробці і впровадженні психокорекційної програми для здобувачів початкової освіти із СДУГ ми дотримувалися правил з таблиці 3.4.

Таблиця 3.4.

Основні правила організації та впровадження психокорекційної програми для здобувачів початкової освіти із СДУГ

№	Правила	Особливості
1.	Врахування взаємозв'язку	На початковому етапі корекційної роботи із здобувачами початкової освіти з СДУГ, вирішальним є врахування взаємозв'язку таких факторів, як органічний дефект, що проявляється у первинних порушеннях, соціальні умови, що відображаються у поведінці та взаємодії з дорослими, та індивідуально-психологічні особливості конкретної дитини. Врахування цих аспектів є визначальним для постановки цілей, завдань та вибору методів корекційної роботи.
2.	Узгодження діяльності	В організації психокорекційної допомоги надзвичайно важливим є узгодження діяльності психолога та педагога. Оскільки корекційна робота має комплексний характер, особливо при роботі із здобувачами початкової освіти із СДУГ, значна роль належить тісній співпраці всіх учасників процесу. На цьому етапі психолог виступає як розробник методів та прийомів допомоги дитині, а педагог – їх практичним реалізатором.
3.	Сутнісна наповненість	Визначається провідним видом діяльності дитини в конкретний період, наприклад, предметно-маніпулятивною або ігровою. Метою психологічної корекції є організація життєдіяльності з урахуванням вікових особливостей здобувачів початкової освіти.
4.	Зона найближчого розвитку	Передбачає використання завдань, які можуть бути засвоєні здобувачем початкової освіти за підтримки дорослих. Також, важливим аспектом є аналіз сприйняття дитиною наданої допомоги. Визначення зони найближчого розвитку дозволяє налагодити форму, вид і структуру корекційної допомоги, забезпечуючи індивідуальний і диференційований підхід до кожної дитини.

Примітка: джерело складене автором на основі [48]

Програма корекції СДУГ призначена для роботи з основними його проявами – гіперактивністю, імпульсивністю, порушенням уваги – а також з вторинними і третинними розладами, що можуть включати порушення координації, емоційної сфери, та проблеми у міжособистісному спілкуванні. У зв'язку з цією багатофакторною природою СДУГ, корекційний процес повинен бути цілеспрямованим, тривалим та комплексним. Психолог спільно з педагогом і батьками веде роботу з психологічною корекцією емоційної сфери та поведінки

здобувачів початкової освіти, яка може здійснюватися як в індивідуальній, так і в груповій формах.

У рамках системи психологічної корекції для здобувачів початкової освіти із СДУГ нами були визначені основні напрями роботи (див. рис. 3.1.). Ці напрями спрямовані на комплексний психологічний вплив з метою підтримки та розвитку різних аспектів особистісного та соціального розвитку здобувачів початкової освіти із СДУГ.

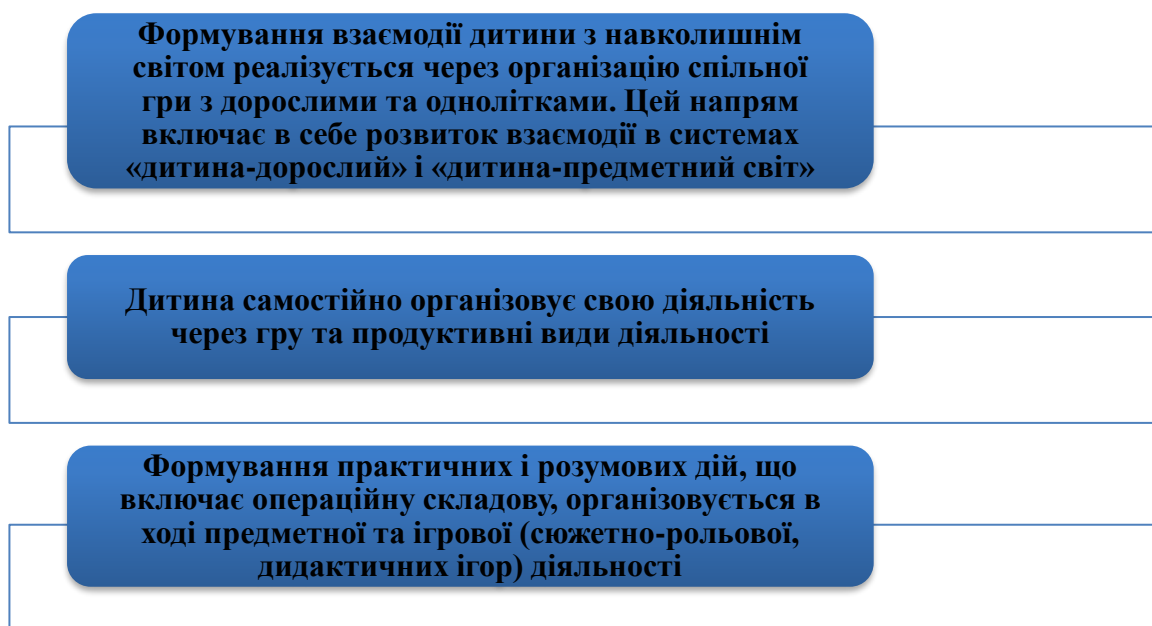


Рис. 3.1. Основні напрями психокорекційної роботи [49]

Підсумовуючи усе вищенаведене, робимо висновок, що основні підходи до корекції СДУГ у здобувачів початкової освіти орієнтовані на комплексний та індивідуалізований підхід. Зокрема, перший підхід полягає у терапії, спрямованій на поліпшення контролю над симптомами, такими як гіперактивність, імпульсивність та порушення уваги. Другий аспект включає психологічну підтримку, яка передбачає проведення індивідуальних та групових сесій для розвитку стратегій управління емоціями та підвищення самоконтролю. Третій підхід зосереджений на створенні сприятливого оточення, що сприяє позитивній поведінці та навчальним успіхам дитини. Четвертий аспект включає корекцію навчального процесу за допомогою спеціальних методик, які забезпечують підвищення уваги та ефективність навчання. Та, нарешті, п'ятий

підхід включає співпрацю з батьками, в якій їм передаються знання про особливості СДУГ та вчать ефективним стратегіям взаємодії з дитиною вдома.

3.2. Психолого-педагогічні технології корекції СДУГ

Після ознайомлення нами з поточним діагнозом кожного здобувача освіти розпочався формувальний етап дослідження. Зокрема, нами було виявлено за допомогою спостереження порушення функцій, що дозволило визначити тип та форму синдрому гіперактивності, що переважають у кожного здобувача початкової освіти. На основі отриманих даних була розроблена схема психолого-педагогічної корекції, спрямованої на комплексний вплив на виявлені проблеми (див. табл. 3.5.).

Таблиця 3.5.

Схема психолого-педагогічної корекції для здобувачів початкової освіти із СДУГ

№	Схема	Організація
1.	Діагностика та оцінка	– проведення комплексної діагностики для встановлення наявності СДУГ та визначення індивідуальних особливостей кожного здобувача; – оцінка рівня уваги, гіперактивності, імпульсивності та інших супутніх розладів.
2.	Постановка цілей	– визначення конкретних корекційних цілей, таких як: зниження рівня гіперактивності, підвищення концентрації уваги, поліпшення соціальної адаптації тощо.
3.	Розробка індивідуальної програми корекції	– створення персоналізованої схеми корекційних заходів, яка враховує специфічні потреби та можливості кожного здобувача; – включення в програму психологічних, педагогічних і, при необхідності, медичних впливів.
4.	Реалізація корекційних заходів	– проведення психологічних сесій для зниження емоційного напруження та підвищення самопізнання здобувачів; – впровадження педагогічних стратегій для підтримки уваги та створення оптимального навчального середовища.
5.	Моніторинг та корекція	– постійне відстеження прогресу і результативності корекційних заходів; – коригування програми на основі отриманих даних та спостережень за ефективністю.
6.	Співпраця з батьками і педагогами	– взаємодія з батьками для забезпечення підтримки та спільного впливу на процес корекції; – консультації з педагогами щодо оптимальних педагогічних

	методик та стратегій.
--	-----------------------

Примітка: джерело складене автором на основі [50]

Використовувана нами схема сприяє систематизації інтервенцій і забезпечує індивідуальний підхід до кожного здобувача початкової освіти із СДУГ, що сприяє їх успішному навчанню та адаптації.

На етапі діагностики здобувачів початкової освіти із СДУГ, використовували комплексні діагностичні процедури для виявлення синдрому гіперактивності. Основними методами для нашого дослідження стали спостереження в природних умовах в поєднанні з проєктивними методиками та опитуванням батьків.

Метод спостереження дозволив дослідити поведнкові аспекти СДУГ природним чином без втручання у діяльність здобувача початкової освіти. Як уже зазначалося, опитування батьків проводилося за допомогою напівструктурованого інтерв'ю на основі опитувальника Вандербільт (див. Додаток Б), для отримання додаткової інформації про характеристики СДУГ та його впливу на поведінку здобувачів початкової освіти в різних соціальних контекстах. При цьому, особлива увага приділялася внутрішньосімейним відносинам, оскільки СДУГ може мати генетичні причини та залежати від стилю сімейного виховання. Для аналізу зазначених аспектів використовувався опитувальник батьківського ставлення А. Варги та В. Століна (див. Додаток В).

Для здобувачів початкової освіти із СДУГ проєктивні методики є найбільш інформативними та ефективними. У нашому магістерському дослідженні було використано проєктивний тест «Кактус» (див. Додаток Г), оскільки він спроможний дослідити невербальну інформацію та виявити прояви імпульсивності та гіперактивності. З огляду на особливості дітей із СДУГ, методика вимагала адаптації та модифікації. За допомогою зазначеної методики було встановлено наявність СДУГ серед здобувачів початкової освіти, а також визначено форми та типи цього порушення у даній групі.

Корекційний блок дослідження включав застосування комплексної психокорекційної програми, що складалася з різноманітних корекційних психолого-педагогічних технологій. Зокрема, технології були спрямовані на

роботу як з дітьми, їх батьками, педагогами та іншими учасниками процесу. Оскільки СДУГ є порушенням, що впливає на всі сфери особистості, обрані психокорекційні методи спрямовані на цілісний і всебічний розвиток здобувачів початкової освіти.

Консультативний блок дослідження включав систематичні консультації з батьками, педагогами, психологами та адміністрацією закладу з метою інформування про проблему СДУГ, визначення можливих причин та наслідків цього стану. Під час зустрічей аналізувалися взаємини між дітьми та їх батьками, виявлялися недоцільні методи взаємодії з гіперактивними дітьми та їх негативний вплив на розвиток. Робота із здобувачами початкової освіти із СДУГ відбувалась за допомогою психокорекції та організувалась на трьох етапах (див. табл. 3.6.).

Таблиця 3.6.

Етапи психокорекційної роботи із здобувачами початкової освіти із СДУГ

№	Етап	Організація
1.	Підготовчий	Відбувалося знайомство з кожною конкретною дитиною (при індивідуальній формі роботи) або з групою (при груповій формі). Група формувалася як єдина цілісна одиниця, сприяючи активізації позитивного ставлення до занять і один до одного, а також наданню емоційної підтримки.
2.	Основний	Проводилася корекція неадекватних емоційних реакцій між учасниками групи. Акцент був зроблений на заміщенні негативних переживань, навчанні дітей самостійному пошуку способів спілкування з однолітками, релаксації і корекції негативних форм поведінки.
3.	Заключний	Відбувалося формування у дітей адекватного ставлення до себе і інших, спонукання до розуміння власної важливості та значущості.

Примітка: джерело складене автором на основі [50]

При цьому, особлива увага приділялася вивченню ефективних методів спілкування з такими дітьми та розумінню особливостей поведінки, пов'язаних із СДУГ. Висвітлювалася необхідність активної участі батьків та педагогів у процесі корекції, для чого розроблялися спеціалізовані рекомендації з оптимальних підходів у взаємодії із здобувачами початкової освіти. Враховуючи особливості здобувачів початкової освіти із СДУГ, їх обмежений вік, який

переважно обмежується 6-10 років, а також можливість наявності супутніх розладів, вважається доцільним використовувати широкий спектр методик, зокрема арт-терапію. Адже, цей підхід спрямований на розвиток здібностей, самовираження та самопізнання через творчість.

Зокрема, арт-терапія дозволила нам ефективно впливати на активність, імпульсивність і рівень тривожності дітей із СДУГ, розвиваючи навички самоконтролю над емоціями і сприяючи навчанню адекватної соціальної взаємодії в групі. Різноманітність та інноваційність методів і технік арт-терапії сприяли покращенню концентрації уваги під час виконання завдань дитиною з СДУГ.

При груповій формі психокорекції використовували методи арт-терапії, зокрема ефективною виявилася техніка колективного малюнку. Це завдання сприяло організації діяльності дітей із СДУГ, їх плануванню завдання та послідовному його виконанню. Важливим аспектом стало досягнення компромісу, оскільки діти потребували домовитися щодо порядку малювання, поділу простору та інших аспектів спільної творчої діяльності. Колективний малюнок реалізувався на тему, яка була спільною та знайомою для всіх учасників групи.

При індивідуальній формі роботи із дітьми з СДУГ застосовувалися різноманітні ігрові методи, спрямовані на поліпшення координації рухів, зниження імпульсивності, відведення емоційної напруги і розвиток довільної поведінки. Серед них були такі ігри, як: «Знайди відмінності», змінений тест «Коректурна проба» для корекції, «Покажи, що не підходить» (за методикою «четвертий зайвий»), «Що зникло?», «Пуантизм» (як арт-терапевтична техніка), «Говори!», «Спонтанне малювання» (як арт-терапевтична техніка) та інші (див. Додаток Д).

Батькам здобувачів початкової освіти із СДУГ були надані рекомендації щодо управління гнівом (див. табл. 3.7.). Важливо зазначити, що досягнення позитивних результатів у дітей залежить від корекції ставлення батьків. Зазначені нами рекомендації були представлені на спеціальному

інформаційному стенді в освітньому закладі, доступному для використання як батьками, так і педагогами.

Таблиця 3.7.

Рекомендації щодо управління гнівом у дітей із СДУГ

№	Рекомендації	Особливості
1.	Розуміння причин гніву	Важливо дізнатися, що спричиняє появу гніву у дитини із СДУГ. Часто це може бути відчуття невпевненості, стрес, неспроможність адаптуватися до змін або недосягнення очікуваних результатів.
2.	Розвиток стратегій самоконтролю	Вчити дитину відрізняти свої емоції, розпізнавати сигнали перед гнівним вибухом і використовувати техніки релаксації (наприклад, дихальні вправи або візуалізація) для зниження рівня напруги.
3.	Позитивне підкріплення і нагороди	Використовуйте систему позитивного підкріплення для похвали дитини за зусилля у контролі емоцій і позитивне спілкування з однолітками.
4.	Створення структурованого середовища	Діти із СДУГ можуть вигравати на структурованому розкладі дня та чітко визначених правилах. Це допоможе їм відчувати себе більш впевнено і зменшує ймовірність конфліктів.

Примітка: джерело складене автором на основі [50]

Також, наголосили батькам, що критично важливим для дитини є упорядкування щоденного розпорядку дня. Тільки чіткий режим може забезпечити ефективний контроль за поведінкою здобувача початкової освіти із СДУГ. Рекомендувалося застосування методу наочності: розробка докладного графіка дня з ілюстраціями кожної дії та розміщення його у доступному для дитини місці. Чітке дотримання розкладу дозволяє дитині організувати свою діяльність, вчасно харчуватися та відпочивати.

Отже, наша інтервенція у вигляді психологічної корекції СДУГ у дітей охопила всі аспекти запропонованої програми. Педагоги та батьки відмітили позитивні зміни у поведінці та емоційній сфері дітей. Виконання батьками розроблених рекомендацій щодо керування гнівом сприяє підтримці досягнутих результатів психокорекційної роботи. За умови співпраці усіх учасників процесу можна очікувати поліпшення стану здобувачів початкової освіти. Рекомендації представляють собою чіткий механізм профілактичної діяльності виконання яких може запобігти проявам СДУГ або уникнути повторних випадків. Проте,

для оцінки ефективності застосованої програми необхідно підтвердити це повторним застосуванням психодіагностичних методик.

3.3. Аналіз ефективності застосування програми психологічної корекції

Для підтвердження ефективності методів та прийомів програми психокорекційної роботи, які застосовувалися в ході нашого дослідження, група дітей із СДУГ, яка склалася з 28 дітей, була поділена на дві групи: ЕГ та КГ. ЕГ складалася з 16 здобувачів початкової освіти з СДУГ, які відвідували КЗ «Луцька гімназія № 17» Луцької міської ради. Серед них 4 дітей (25 %) мали синдром легкої гіпертензії, з яких 2 дитини (50 %) були емоційно нестійкого типу, 2 дитини (50 %) – імпульсивного типу. Із середньою формою СДУГ було 7 дітей (46,4 %), серед них: 2 дитини (33 %) астенічного типу, 4 дітей (66 %) імпульсивного типу та 1 дитина (1 %) емоційно нестійкого типу. Складна форма СДУГ спостерігалася у 4 дітей (18,6 %), з яких: 2 дитини (50 %) астенічного типу, 1 дитина (25 %) імпульсивного типу та 1 дитина (25 %) емоційно нестійкого типу.

Щодо КГ, то вона складалася з 12 здобувачів початкової освіти із СДУГ. Серед них 9 дітей (75 %) мали синдром легкої форми гіперактивності, з яких: 3 дитини (33,3 %) астенічного типу, 3 дитини (33,3 %) імпульсивного типу та 3 дитини (33,3 %) емоційно нестійкого типу. Середню форму синдрому мали 3 дітей (25 %), з яких: 2 дитини (66,6 %) імпульсивного типу та 1 дитина (33,3 %) емоційно нестійкого типу. Тяжка форма синдрому гіперактивності відсутня.

Під час експерименту виявлено, що використання розробленої нами психокорекційної програми в експериментальних групах призвело до значного покращення стану здобувачів початкової освіти із СДУГ, а також сприяло зменшенню проявів синдрому. Для перевірки ефективності нашого дослідження була проведена повторна діагностика з використанням того самого методичного інструментарію. Повторна діагностика за допомогою опитувальника Т. Ахенбаха

батьків здобувачів початкової освіти із СДУГ виявила зміни у проявах порушення поведінки та інших розладів, які представлені в таблиці 3.8.

Таблиця 3.8.

Динаміка зміни проявів розладів у здобувачів початкової освіти із СДУГ згідно з методикою «Опитувальник Т. Ахенбаха» після формувального експерименту за результатами батьків, (%)

Показники первинної шкали	Відповіді батьків (%)			
	ЕГ		КГ	
	до	після	до	після
Замкнутість	18,7	13,5	14,4	9,6
Соматичні проблеми	61,2	58,1	43,0	39,8
Тривожність	31,3	28,4	22,2	19,7
Порушення соціалізації	47,6	40,2	38,9	35,6
Глибина порушення мислення	67,4	63,3	64,5	61,2
Проблеми з увагою та гіперактивність/імпульсивність	79,3	71,2	68,1	64,0
Делінквентна поведінка	38,8	33,5	44,6	40,4
Агресія	38,3	27,9	36,8	34,1

Примітка: джерело складене автором

На основі даних таблиці 3.8., щодо динаміки змін проявів розладів у здобувачів початкової освіти із СДУГ згідно з методикою «Опитувальник Т. Ахенбаха» після формувального експерименту за результатами батьків можна спостерігати позитивні зрушення в ЕГ, що свідчить про ефективність інтервенції. Зокрема, в ЕГ замкнутість зменшилася з 18,7 % до 13,5 %, а в КГ – з 14,4 % до 9,6 %. Результат може свідчити про те, що втручання допомогло дітям із СДУГ більше інтегруватися в соціальне середовище, зменшуючи їх схильність до соціальної ізоляції. Менш виражені зміни у КГ можуть свідчити, що діти без офіційного діагнозу також мали деякі соціальні труднощі, але менше залежали від зовнішньої допомоги для їх вирішення.

В ЕГ соматичні проблеми знизилися з 61,2 % до 58,1 %, тоді як у КГ – з 43,0 % до 39,8 %, що свідчить про те, що формувальні заходи, хоча й мали певний позитивний вплив на здоров'я дітей, не були повністю ефективними в усуненні

цих проблем, оскільки соматичні симптоми можуть мати глибші причини, не завжди пов'язані з поведінковими чи емоційними порушеннями.

В ЕГ тривожність зменшилася з 31,3 % до 28,4 %, тоді як у КГ – з 22,2 % до 19,7 %. Зниження рівня тривожності може бути пов'язане з покращенням емоційного стану дітей після експерименту, а також з поліпшенням соціальної адаптації. Також, в ЕГ спостерігається зменшення порушень соціалізації з 47,6 % до 40,2 %, а в КГ – з 38,9 % до 35,6 %. Це свідчить про те, що втручання сприяло поліпшенню соціальної поведінки у дітей із СДУГ, допомагаючи їм краще взаємодіяти з оточенням і долати труднощі соціалізації.

Порушення мислення в ЕГ знизилися з 67,4 % до 63,3 %, а в КГ – з 64,5 % до 61,2 %. Зменшення цього показника вказує на покращення когнітивних процесів у дітей із СДУГ після втручання, але це залишається проблемною сферою для обох груп, оскільки зміни є відносно незначними. Крім того, в ЕГ спостерігається значне зниження показників гіперактивність/імпульсивність з 79,3 % до 71,2 %, що свідчить про суттєве поліпшення в керуванні увагою та зниження рівня гіперактивності. У КГ цей показник також зменшився з 68,1 % до 64,0 %, але в меншій мірі. Результат підкреслює ефективність цільових втручань для дітей із СДУГ, хоча проблеми з увагою і гіперактивністю залишаються основною ознакою розладу.

В ЕГ показник деліквентної поведінки зменшився з 38,8 % до 33,5 %, а в КГ – з 44,6 % до 40,4 %. Зниження агресивної або антисоціальної поведінки може свідчити про вплив корекційних заходів на поведінкову регуляцію у дітей із СДУГ. При цьому в ЕГ агресія суттєво знизилася з 38,3 % до 27,9 %, тоді як у КГ – з 36,8 % до 34,1 %. Результат вказує на те, що формувальне втручання мало більший вплив на зниження рівня агресивної поведінки серед дітей із СДУГ.

Загалом, інтервенція мала позитивний вплив на дітей із СДУГ, що проявляється в загальному зменшенні симптоматики, особливо у сферах агресії, соціалізації, уваги та гіперактивності. Хоча деякі симптоми залишаються на високому рівні, це може свідчити про складність їх повного усунення, оскільки СДУГ є хронічним розладом. Водночас, КГ також показала певне поліпшення,

що може бути пов'язано з природним розвитком дітей або впливом загальної освітньої та соціальної підтримки.

Результати дослідження, отримані під час проведення повторного опитування батьків з використанням методики «Опитувальник Вандербільт», підтвердили зниження рівня гіперактивності, імпульсивності та неухважності (див. табл. 3.9.). Зокрема, проблеми з увагою та гіперактивністю зменшилися з 62,4 % до 54,3 % у ЕГ, і з 64,6 % до 60,5 % у КГ.

Таблиця 3.9.

Динаміка зміни значення показників за шкалами імпульсивності, гіперактивності, неухважності згідно з методикою «Опитувальник Вандербільт» за результатами опитування батьків, (%)

Домінуючий симптомокомплекс синдрому гіперактивності	Симптоматичні значення			
	ЕГ		КГ	
	до	після	до	після
Показники неухважності				
Нездатна уважно стежити за деталями	65,7	59,3	62,4	59,1
Має труднощі у виконанні завдань, що вимагають зосередженої уваги	44,2	31,6	45,8	40,3
Не слухає, коли до неї звертаються	54,9	41,0	56,7	52,5
Не закінчує розпочатого заняття (ненавмисно)	61,4	56,2	61,8	56,6
Незібрана, неорганізована	70,4	66,7	69,9	66,0
Уникає або не хоче погоджуватися на виконання завдання, що вимагають підвищеної уваги	58,1	52,5	60,0	56,9
Плутає розклад, втрачає речі, необхідні для виконання завдань або будь-якої діяльності	40,0	36,3	39,8	35,1
Легко відволікається на все, що відбувається навколо	71,3	60,5	71,0	65,6
Показники гіперактивності				
Неспокійно рухає руками або ногами	62,4	54,3	64,6	60,5
Покидає своє місце в групі або в іншому місці, не може всидіти	53,9	41,7	52,6	49,2
Починає бігати і дертися кудись, коли недоречно	69,5	56,7	69,7	64,0
Діє як «заведена», як «двигунчик»	44,7	33,3	47,1	45,4
Показники імпульсивності				
Надмірно балакуча	34,6	20,9	34,3	32,8
Не здатна стояти в чергах, чекати своєї черги	67,5	50,8	67,6	63,2
Перебиває інших або втручається в розмови	47,6	33,4	65,9	61,8

Примітка: джерело складене автором

З таблиці 3.9 ми бачимо, що в ЕГ спостерігається зниження неухважності в усіх категоріях. Наприклад, нездатність уважно стежити за деталями зменшилася

з 65,7 % до 59,3 %, тоді як у КГ цей показник знизився незначно – з 62,4% до 59,1%, що свідчить про більш суттєвий ефект втручання в ЕГ, хоча деякі проблеми з увагою залишаються. Також, помітне значне зменшення труднощів у виконанні завдань, що вимагають зосередженої уваги: в ЕГ – з 44,2 % до 31,6 %, тоді як у КГ – з 45,8 % до 40,3 %, що вказує на покращення здатності дітей із СДУГ концентруватися на завданнях після експерименту.

В ЕГ показники гіперактивності також зменшилися. Наприклад, неспокійний рух руками або ногами знизився з 62,4 % до 54,3 %, тоді як у КГ – з 64,6 % до 60,5 %, що свідчить про більший вплив втручання на зменшення гіперактивної поведінки в ЕГ. Також варто зазначити зниження показника «починає бігати і дертися кудись, коли недоречно» з 69,5 % до 56,7 % в ЕГ, тоді як у КГ цей показник зменшився з 69,7 % до 64,0 %. Такий результат свідчить про те, що діти в ЕГ краще контролюють свою фізичну активність після втручання. Крім того, в ЕГ значно знизилася надмірна балакучість – з 34,6 % до 20,9 %, тоді як у КГ цей показник змінився лише незначно (з 34,3 % до 32,8 %). Результат свідчить про те, що діти із СДУГ після втручання стали краще контролювати свою мовну активність. Показник перебування інших або втручання в розмови в ЕГ також знизився з 47,6 % до 33,4 %, тоді як у КГ цей показник змінився менше – з 65,9 % до 61,8 %, що вказує на значне поліпшення здатності контролювати імпульсивні дії в ЕГ.

Таким чином, результат повторного опитування свідчать про ефективність формувального втручання в ЕГ, яке призвело до значного зменшення проявів неухважності, гіперактивності та імпульсивності. У КГ також спостерігаються певні покращення, проте вони є менш вираженими.

У повторному дослідженні внутрішньосімейних відносин за допомогою тесту батьківського ставлення А. Варги та В. Століна (див. табл. 3.10.), виявлено покращення в ставленні батьків до своїх дітей із СДУГ. Позитивні зміни можна пояснити впровадженням наших рекомендацій, які всі члени сім'ї строго дотримувалися. Загалом, аналіз результатів показав, що у батьків здобувачів

початкової освіти ЕГ спостерігається значне поліпшення у сприйнятті сімейної ситуації як сприятливої.

Таблиця 3.10.

Показники динаміки зміни внутрішньосімейних стосунків згідно з методикою «Тест-опитувальник батьківського ставлення А. Варги, В. Століна»

До психокорекції			Після психокорекції		
Типи батьківських відносин	Результати загальної вибірки батьків (%)		Типи батьківських відносин	Результати загальної вибірки батьків (%)	
	ЕГ	КГ		ЕГ	КГ
«Відхилення»	11,5	13,3	«Прийняття»	20,6	19,7
«Кооперація»	8,1	5,1	«Кооперація»	16,7	9,0
«Авторитарна гіперсоціалізація»	24,0	19,9	«Авторитарна гіперсоціалізація»	18,1	15,5
«Симбіоз»	34,6	36,4	«Симбіоз»	27,8	33,2
Інфантилізація	20,5	26,1	Прийняття невдач дитини	15,2	21,4

Примітка: джерело складене автором

Аналіз показників динаміки зміни внутрішньосімейних стосунків до і після психокорекційної роботи свідчить про позитивний вплив на батьківські стосунки в ЕГ та КГ, що проявилось у зростанні показників прийняття та кооперації, а також у зниженні рівнів авторитарності, симбіозу та інфантилізації. Зокрема, у ЕГ після втручання показник прийняття дитини зріс з 11,5 % до 20,6 %, що свідчить про значне покращення. У КГ цей показник також зріс, але менш виражено – з 13,3 % до 19,7 % та показує, що психокорекція в ЕГ дала більший ефект, ймовірно завдяки активному використанню технік прийняття.

Показник кооперації в ЕГ зріс з 8,1 % до 16,7 %, тоді як у КГ він збільшився лише з 5,1 % до 9,0 %. Результат свідчить про те, що батьки в ЕГ стали краще співпрацювати з дитиною, більше прислухатися до її потреб і встановлювати емоційний контакт, що є одним із ключових аспектів успішного виховання. Показник авторитарної гіперсоціалізації в ЕГ знизився з 24,0 % до 18,1 %, тоді як у КГ він також знизився, але менш суттєво – з 19,9 % до 15,5 %, що вказує на

зменшення надмірного контролю та тиску з боку батьків в ЕГ, що дозволяє дітям проявляти більше самостійності та ініціативи.

Показник симбіозу в ЕГ зменшився з 34,6 % до 27,8 %, тоді як у КГ зниження було менш вираженим – з 36,4 % до 33,2 %. Такий результат свідчить про те, що батьки в ЕГ стали менш схильні до надмірного емоційного злиття з дитиною, що дозволяє їй розвивати власну автономію. Показник інфантилізації в ЕГ зменшився з 20,5 % до 15,2 %, тоді як у КГ цей показник також знизився, але до більшого рівня – з 26,1 % до 21,4 %, що вказує на краще сприйняття дитини батьками ЕГ, зокрема як незалежну особистість визнавши її потреби у розвитку та самостійності.

Аналіз результатів повторного проведення проєктивної методики «Кактус» показав, що прояви імпульсивності, гіперактивності та агресивності у здобувачів початкової освіти із СДУГ значно знизилися. Узагальнені результати дослідження нами представлені у таблиці 3.11.

Таблиця 3.11.

Показники проявів СДУГ у здобувачів початкової освіти згідно з проєктивною методикою «Кактус»

Показники	Симптоматичні значення (%)			
	ЕГ		КГ	
	до	після	до	після
Велика кількість голок, розташовані по всьому малюнку	29,7	20,3	25,4	24,1
Перевага темних кольорів	18,6	9,6	17,4	15,6
Перевага яскравих кольорів	73,4	59,6	70,6	65,6
Сильна штриховка, натиск, уривчасті лінії	54,8	41,7	62,1	61,3
Виступаючі відростки	20,2	13,1	15,8	11,7
Одинокий кактус	42,4	45,3	40,0	44,5
Окрім основного кактуси є інші рослини	55,0	52,3	57,6	53,4
Квіти	8,2	6,2	9,0	11,2

Примітка: джерело складене автором

Зокрема, результати у ЕГ дають підставу вважати, що в процесі проведення психокорекційної роботи вдалося значно покращити комунікаційні навички дітей з однолітками та дорослими. Основний ефект спостерігався в зниженні проявів

гіперактивності та імпульсивності. Це призвело до послаблення впливу СДУГ на розвиток дітей. Формувальний експеримент призвів до позитивних змін у психологічних показниках здобувачів початкової освіти із СДУГ. Аналіз симптоматичних значень показав, що в ЕГ відбулося більш виражене покращення порівняно з КГ.

По-перше, кількість голок, розташованих по всьому малюнку, зменшилася з 29,7 % до 20,3 % у ЕГ, тоді як у КГ цей показник знизився з 25,4 % до 24,1 %, що свідчить про зменшення агресивних і тривожних проявів у здобувачів початкової освіти після проведеного втручання. По-друге, перевага темних кольорів у малюнках зменшилася з 18,6 % до 9,6 % у ЕГ, тоді як у КГ – з 17,4 % до 15,6 %, що вказує на зниження рівня тривожності та негативних емоційних станів у здобувачів початкової освіти з ЕГ. По-третє, перевага яскравих кольорів знизилася з 73,4 % до 59,6 % у ЕГ, і з 70,6 % до 65,6 % у КГ, що може свідчити про стабілізацію емоційного стану здобувачів початкової освіти і зменшення їх гіперактивності. Крім того, сильна штриховка, натиск та уривчасті лінії зменшилися з 54,8 % до 41,7 % у ЕГ, і з 62,1 % до 61,3 % у КГ, що свідчить про зниження внутрішньої напруженості та агресивності у здобувачів початкової освіти ЕГ.

Показник виступаючих відростків у малюнках також зменшився з 20,2 % до 13,1 % у ЕГ, і з 15,8 % до 11,7 % у КГ, що свідчить про зниження рівня агресивності та тривожності у здобувачів початкової освіти з ЕГ. Проте показник одинокого кактуса зріс з 42,4 % до 45,3 % у ЕГ, а у КГ – з 40,0 % до 44,5 %, що може вказувати на збереження певного рівня соціальної ізоляції у здобувачів початкової освіти. Показник наявності інших рослин, крім основного кактуса, зменшився з 55,0 % до 52,3 % у ЕГ, і з 57,6 % до 53,4 % у КГ, що може свідчити про деяке зниження рівня соціальної активності та взаємодії у здобувачів початкової освіти. Нарешті, показник наявності квітів у малюнках зменшився з 8,2 % до 6,2 % у ЕГ, тоді як у КГ він зріс з 9,0 % до 11,2 %, що може вказувати на збереження певного рівня емоційної напруженості у здобувачів початкової освіти з ЕГ.

Отже, підсумовуючи результати нашого дослідження, спостерігаємо позитивні зміни в ЕГ та КГ. Зокрема, за методикою «опитувальник Вандербільт» було виявлено, що в ЕГ після психокорекційного втручання спостерігається значне зниження симптомів неуважності, гіперактивності та імпульсивності, що виражається в покращенні здатності стежити за деталями, виконувати завдання, зменшенні рівня імпульсивних і гіперактивних проявів. У КГ також спостерігається зниження симптоматики, але менш значне порівняно з ЕГ, що свідчить про ефективність психокорекційної роботи саме для ЕГ (діти з СДУГ).

Методика Т. Ахенбаха показала, що в ЕГ після втручання відзначається зменшення таких проблем, як замкнутість, тривожність, порушення соціалізації, уваги та імпульсивності, делінквентна поведінка та агресія. Хоча в КГ також відбулися покращення, їх масштаби були меншими. Вказане зменшення симптомів в ЕГ є свідченням покращення емоційного стану дітей, соціальних взаємодій та зниження рівня порушень поведінки.

Методика «Тест-опитувальник батьківського ставлення А. Варги, В. Століна» виявила, що в ЕГ після психокорекції спостерігається покращення батьківських стосунків, зокрема підвищилися показники «Прийняття» та «Кооперація», а показники «Авторитарної гіперсоціалізації», «Симбіозу» та інфантилізації знизилися. У КГ також відбулися зміни, але вони менш виразні, що свідчить про позитивний вплив психокорекційної роботи на внутрішньосімейні стосунки.

Проективна методика «Кактус» показала, що в ЕГ після психокорекції спостерігається зменшення агресивних та імпульсивних проявів, зниження рівня емоційного напруження, що виражається в меншій кількості штриховки, використанні темних кольорів та великій кількості голок. Результат свідчить про покращення емоційного стану дітей, їхню здатність краще контролювати свої емоції та поведінку після психокорекційного втручання.

ВИСНОВКИ

Підсумовуючи результати нашого магістерського дослідження можемо зробити такі висновки:

1) СДУГ проявляється в різноманітних ознаках, оскільки кожна дитина має свої індивідуальні особливості. Дослідження проведені у ХХ ст., дозволили встановити органічні дисгармонії в корі головного мозку як одну з основних причин розвитку СДУГ. У 1959 р. були описані симптоми, пов'язані з ураженням головного мозку, такі як: проблеми з навчанням та контролем поведінки. У 80-х рр. вперше був запропонований термін «синдром дефіциту уваги з гіперактивністю». Хоча діти, що страждають на цей синдром, проявляють збудливість, імпульсивність та неуважність, зазначені характеристики можна ефективно коригувати. Важливо зазначити, що кожній дитині необхідний індивідуальний підхід, оскільки методи підтримки можуть відрізнятися. Загалом, СДУГ може також впливати на психічний розвиток, соціальні відносини та формування особистості. Для лікування та профілактики рекомендується регулярний режим дня, фізична активність та здоровий спосіб життя.

2) СДУГ у здобувачів початкової освіти та підлітків може мати різні причини виникнення та механізми розвитку, які включають: генетичні, нейрофізіологічні, біохімічні та соціально-психологічні аспекти. Зокрема, генетичні фактори можуть впливати на схильність до цього розладу через унаслідування від батьків. Нейрофізіологічні аномалії можуть призводити до порушень у функціонуванні нейромедіаторних систем, що регулюють увагу та імпульсивність. Біохімічні зміни, зокрема, у рівнях нейромедіаторів, таких як дофамін, серотонін та норадреналін, можуть впливати на психічний стан та поведінку дитини. Соціально-психологічні чинники, такі як виховання, взаємодія з родиною, школою та оточенням, також можуть відігравати важливу роль у формуванні СДУГ. Загалом, розвиток СДУГ у дітей є результатом взаємодії різноманітних факторів, що варіюються від генетичних особливостей до соціокультурного середовища.

3) Дитячо-батьківські відносини мають значний вплив на розвиток дитини і можуть визначати ймовірність виникнення СДУГ. Позитивні взаємини характеризуються теплом, підтримкою, емоційною доступністю та співробітництвом між батьками та дітьми. Вони сприяють розвитку соціально-емоційної компетентності дитини та запобігають виникненню СДУГ. І навпаки, відсутність уваги, високий рівень конфліктності та негативних емоцій у сім'ї можуть збільшити ймовірність розвитку цього розладу. Загалом, створення позитивної та підтримуючої атмосфери в «дитячо-батьківських» відносинах є важливим фактором для забезпечення здорового розвитку дитини та попередження виникнення різних психологічних розладів, включаючи СДУГ.

4) Психологічний експеримент з виявлення ефективності діагностування СДУГ у дітей відбувався із застосуванням кількох ключових інструментів. Основними з них були: опитувальники Т. Ахенбаха та Вандербільт, а також тест-опитувальник батьківського ставлення А. Варги та В. Століна. Діагностика надмірної моторної активності дітей здійснювалася шляхом спостереження за їх поведінкою в ситуаціях, що провокують проблемну поведінку. Дорослі, що виховують дитину, спостерігали за їх взаємодією та фіксували чинники, що визначають таку поведінку, як складні вимоги, нецікаві завдання або неконструктивні методи спілкування.

Для виявлення емоційного стану дітей використовувалася проєктивна методика «Кактус». Цей метод дозволяв оцінити рівень імпульсивності, агресивності, егоцентризму, невпевненості та інших психологічних характеристик через аналіз малюнка кактуса, створеного дитиною. Враховувалися різні показники, такі як сила натиску, характеристики ліній, деталі малюнка та кольорова гама. Основними діагностичними інструментами були інтерв'ю, спостереження та стандартизовані опитувальники. Встановлення позитивного контакту з батьками та педагогами було вирішальним для якісної діагностики СДУГ у дітей та подальшого подолання поведінкових проблем.

5) Методика Вандербільт показала, що діти із СДУГ мають високий рівень труднощів з концентрацією уваги, що відображено у високих показниках

невміння стежити за деталями (65,7 % у ЕГ проти 62,4 % у КГ) та проблеми з завершенням завдань (61,4 % у ЕГ проти 61,8 % у КГ). Гіперактивність та імпульсивність залишаються на високому рівні в обох групах, проте імпульсивність дещо зменшена в ЕГ (47,6 % проти 65,9 % у КГ). Методика Ахенбаха підтверджує високий рівень проблем з увагою та гіперактивністю у дітей із СДУГ, вказуючи на труднощі з концентрацією, організацією та плануванням, що узгоджується з результатами Вандербільт.

Опитування Вандербільт виявило високий рівень тривожності у дітей із СДУГ (31,3% у ЕГ проти 22,2% у КГ) та проблеми з соціалізацією (47,6% у ЕГ проти 38,9 % у КГ). Дані свідчать про серйозні труднощі у соціальних відносинах та адаптації. Проективна методика «Кактус» показала, що перевага яскравих кольорів у малюнках (73,4% у ЕГ проти 70,6% у КГ) може бути індикатором внутрішньої тривожності або емоційної напруги. Тест батьківського ставлення Століної і Варги вказує на те, що діти із СДУГ в ЕГ демонструють вищий рівень кооперації (8,1 % у ЕГ проти 5,1 % у КГ), але також більше авторитарної гіперсоціалізації (24,0 % у ЕГ проти 19,9 % у КГ) та інфантилізації (20,5 % у ЕГ проти 26,1 % у КГ), які свідчать про підвищене занепокоєння батьків і надмірний контроль над дітьми, що, можливо, впливає на поведінку та розвиток дітей.

б) Основні стратегії корекції СДУГ у здобувачів початкової освіти орієнтовані на комплексний та індивідуалізований підхід. Перший підхід передбачає медикаментозну терапію для поліпшення контролю над симптомами, такими як гіперактивність, імпульсивність та порушення уваги. Другий аспект включає психологічну підтримку через індивідуальні та групові сесії з метою розвитку стратегій управління емоціями та підвищення самоконтролю. Третій підхід фокусується на створенні сприятливого оточення, що сприяє позитивній поведінці та академічним успіхам дитини. Четвертий аспект включає корекцію навчального процесу за допомогою спеціальних методик, спрямованих на підвищення уваги та ефективність навчання. Нарешті, п'ятий підхід передбачає активну співпрацю з батьками, в якій вони отримують інформацію про

особливості СДУГ та навчаються ефективним стратегіям взаємодії з дитиною вдома.

7) На етапі діагностики здобувачів початкової освіти із СДУГ використовували комплексні діагностичні процедури. Основними методами були спостереження в природних умовах, проєктивні методики та опитування батьків. Спостереження дозволяло досліджувати поведінкові аспекти СДУГ без втручання у діяльність дітей. Опитування батьків за напівструктурованим інтерв'ю та опитувальником Вандербільт надавало додаткову інформацію про СДУГ та його вплив на поведінку в різних соціальних контекстах. Важливу роль відіграли внутрішньо-сімейні відносини, для аналізу яких використовували опитувальник батьківського ставлення А. Варги та В. Століна. Проєктивні методики, зокрема, тест «Кактус», допомагали виявити імпульсивність та гіперактивність через невербальну інформацію. Методика була адаптована для дітей із СДУГ, дозволяючи визначити форми та типи цього порушення.

Корекційний блок включав комплексну психокорекційну програму, спрямовану на роботу з дітьми, батьками, педагогами та іншими учасниками процесу. Програма охоплювала всебічний розвиток дітей із СДУГ. Консультативний блок включав систематичні консультації з батьками, педагогами та психологами для інформування про СДУГ, його причини та наслідки, а також аналіз взаємин між дітьми та батьками.

Робота з дітьми здійснювалася на трьох етапах з використанням групових та індивідуальних форм психокорекції. Групова психокорекція включала арт-терапію, зокрема, техніку колективного малюнка, що сприяло організації та плануванню діяльності. Індивідуальна робота включала ігрові методи для поліпшення координації рухів, зниження імпульсивності, зняття емоційної напруги та розвитку довільної поведінки.

8) За результатами методики «Опитувальник Вандербільт», після психокорекційної роботи в ЕГ спостерігається значне зниження симптомів неухважності, гіперактивності та імпульсивності, що виявляється у покращенні здатності зосереджуватись на деталях, виконанні завдань і зменшенні

імпульсивних та гіперактивних проявів. У КГ також зафіксовано покращення, але менш виражене, що підкреслює ефективність втручання для дітей із СДУГ.

Методика Т. Ахенбаха показала, що в ЕГ після втручання зменшилися такі проблеми, як замкнутість, тривожність, порушення соціалізації, уваги, імпульсивність, делінквентна поведінка та агресія. У КГ покращення теж відбулися, але їх масштаби були меншими, що вказує на позитивний вплив психокорекції на емоційний стан та поведінку дітей з СДУГ.

За методикою «Тест-опитувальник батьківського ставлення А. Варги і В. Століна» в ЕГ після втручання покращились внутрішньосімейні стосунки: зросли показники «Прийняття» та «Кооперація», тоді як «Авторитарна гіперсоціалізація», «Симбіоз» та інфантилізація знизилися. У КГ зміни також були, але менш виразні.

Проективна методика «Кактус» продемонструвала зниження агресивності та імпульсивності в ЕГ, що виявляється в меншій кількості штриховки, використанні темних кольорів та зменшенні кількості голок, що вказує на покращення емоційної регуляції дітей після психокорекції.

Отже, комплексна психодіагностика з використанням різних методик дозволила точно оцінити рівень неухважності, гіперактивності та імпульсивності у дітей із СДУГ, а також супутні емоційні й поведінкові розлади. Психокорекційні втручання продемонстрували позитивний вплив на зниження основних симптомів розладу, покращення емоційного стану, соціальної взаємодії та внутрішньосімейних стосунків.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Романчук О. Гіперактивний розлад з дефіцитом уваги у дітей: Практичне керівництво. Львів. 2015. 300 с.
2. Трибухіна О. В., Лисенкова І. П. Психологічні особливості впливу близького оточення на виникнення психосоматичних розладів у дітей молодшого шкільного віку. *Габітус*. № 45. 2023. С. 1-5.
3. Царькова О. В., Прокоф'єва О. О., Каткова Т. А., Варіна Г. Б. Комплекс психолого-методичних порад батькам та педагогічним працівникам, які виховують гіперактивну дитину з синдромом дефіциту уваги: навч.-метод. посібник. Мелітополь. 2019. 67 с.
4. Eleventh Revision of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11) Digital Version Terms of Use and License Agreement. *International Classification of Diseases 11th Revision*. ВООЗ. 2021. URL: <https://web.archive.org/web/20210910112338/https://icd.who.int/en/docs/ICD11-license.pdf> (дата звернення: 10.06.24).
5. Панасенко Е. А., Ліхно О. А. Психологічний супровід гіперактивної дитини: теоретичні й прикладні підходи. 2018. № 10. С. 83-86.
6. Корекція синдрому дефіциту уваги та гіперактивності (СДУГ) власними стовбуровими клітинами. *Mardaleishvili Medical Centre*. 2024. URL: <https://www.autism-mmc.com.ua/childhood-autism-treatment/sdvg/> (дата звернення: 10.06.24).
7. Алексеева І. В., Калшикова М. Гіперактивні діти: корекція поведінки. Київ: Шкільний світ. 2011. 96 с.
8. Бондар В. І. Партнерство науки і недержавних організацій як умова гуманізації освіти дітей з особливостями психофізичного розвитку. *Дидактичні та соціально-психологічні аспекти корекційної роботи у спеціальній школі*. К. Вип. 6. 2015. 440 с.
9. Biederman J. Current concepts on the neurobiology of Attention- Deficit. *Hyperactivity Disorder. Journal of Attention Disorders*. 2020. Vol. 6. P. 7.

10. Бондар В. І. Спеціальна освіта в Україні: погляди в майбутнє. К. 2014. С. 29-114.
11. Петрова В. Г. Проблема навчання і розвитку розумово відсталих дітей у спеціальній психології. *Психолого-педагогічні основи корекційної роботи в спеціальній школі. Хрестоматія: навчальний посібник*. Кам'янець-Подільський. 2014. С. 61-64.
12. Heininger J. E. From Chaos to Calm. *Effective Parenting for Challenging Children with ADHD and Other Behavioral Problems*. Perigee. 2020. 269 p.
13. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III-R)*. Washington, DC: American Psychiatric Association. 2017. 856 p.
14. Barkley R. A. Issues in the diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Brain & Development*. 2023. Vol. 25. P. 383-389.
15. Крукеницька О. Характерологічний профіль матерів гіперактивних дітей. *Практична психологія та соціальна робота*. 2017. № 7. С. 23-28.
16. Коробко С. Л. Робота психолога з молодшими школярами: метод. посіб. К.: Літера ЛТД. 2016. 416 с.
17. Петрюк І. Гіперактивність та дефіцит уваги в дитячому віці як фактор шкільної дезадаптації. *Трансформація особистості в умовах соціально-політичних та економічних змін: мат-ли міжнар. науково-практичної конференції*. Чернівці: Рута. 2017. С. 529-534.
18. Піддубна Н. Гіперактивність старших дошкільників: причини та психологічна підтримка дітей. *Актуальні проблеми психолого-педагогічного та соціального супроводу дитини на ранніх етапах соціалізації. Гуманізація навчально-виховного процесу*. Словянськ. 2019. С. 223-230.
19. Прокопів Л. Комплексний підхід у вихованні і навчанні гіперактивних дошкільників. *Психологія особистості*. 2013. № 1. С. 149-156.
20. Barkley R. A. Behavioral inhibition, sustained attention and executive functions: constructing a unifying theory, of attention deficit hyperactivity disorder. *Psychopharm. Bull*. 2017. Vol. 121. № 1. P. 65-94.

21. Куцінко О. Синдром гіперактивності в дітей і школа ХХІ століття. Директор школи. *Шкільний світ. Газета для керівників шкіл*. Київ: Шкільний світ. 2019. № 32. С. 3-8.

22. Обухівська А. Г. Психологу про дітей з особливими потребами у загальноосвітній школі: посібник. К: Редакція загальнопедагогічних газет. 2021. 126 с.

23. Сиротюк А. Л. Сім'я і дитина в умовах інклюзивної освіти. *Методичні поради батькам щодо сімейного супроводу навчання дітей з порушеннями функцій опорно-рухового апарату: методичний посібник*. К: Слово. 2013. 106 с.

24. Перепада О. М. Специфіка діагностичного процесу при гіперактивному розладу. *Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди. Психологія*. 2021. Вип. 38. С. 134-141.

25. Linnet K. M. Maternal lifestyle factors in pregnancy risk of attention deficit hyperactivity disorder and associated behaviors: Review of the current evidence. *Am J Psychiatry*. 2013. Vol. 160. P. 1028-1040.

26. Шкара В. А. Психологічні особливості дітей з синдромом дефіциту уваги. *Матеріали конференції: VI Всеукраїнська студентська наукова конференція «Експериментальні та теоретичні дослідження в контексті сучасної науки»*. Рівне. 2024. С. 229.

27. Васильєва Г. В., Степанова В. В. Дитячо-батьківські відносини в сім'ях з гіперактивними дітьми. *Габітус*. 2021. № 30. С. 1-5.

28. Романчук О. Гіперактивний розлад з дефіцитом уваги у дітей. Львів: Джерело. 2018. 326 с.

29. Barkley R. Attention deficit hyperactivity disorder. *A handbook for diagnosis and treatment. 3-rd. Edition*. N.Y: Guilford Press. 2016. P. 18-24.

30. Прокопів Л. Комплексний підхід у вихованні і навчанні гіперактивних дошкільників. *Психологія особистості*. 2023. № 1. С. 149-156.

31. Петрюк І. Гіперактивність та дефіцит уваги в дитячому віці як фактор шкільної дезадаптації. *Трансформація особистості в умовах соціально-*

політичних та економічних змін: мат-ли міжнар. науково-практичної конференції. Чернівці: Рута. 2017. С. 529- 534.

32. Гончарук Н. М. Специфіка формування комунікативних навичок у дітей з різними психологічними проблемами. *Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України*. Вип. 15. Кам'янець Подільський: Аксіома. 2022. С. 134-143.

33. Ілляшенко Т. Як допомогти дитині з гіперактивними розладами. *Початкова школа*. 2013. № 2. С. 44-46.

34. Єрофеева А. Гіперактивна дитина. *Шкільний світ*. 2011. № 14. С. 8.

35. Левченко В., Левченко О. Психолого-педагогічні засади зниження гіперактивності у дітей. *Освіта на Луганщині*. 2013. № 1. С. 67-72.

36. Мирончик О. Робота вчителя з гіперактивними дітьми. *Початкова школа. Школа*. 2013. № 2 .С. 63-65.

37. Ковиліна В. Г. Супровід сім'ї, яка виховує дитину з відхиленнями у розвитку. *Габітус*. № 35. 2022. С.1-5.

38. Ситник С. І., Полшкова С. Г., Пономарьова В. К. Післяпологова депресія та особливості виховання як фактори підвищення ризику жорстокого поводження з дітьми в сім'ї. *Габітус*. № 39. 2022. С. 1-7.

39. Науменко О. Гіперактивна дитина й молодша школа: хто кого? *Початкова освіта*. 2021. № 1. С. 4-7.

40. ADHD in children. *Positive effects of ADHD in children*. 2023. URL: <https://www.helpguide.org>. (дата звернення: 05.06.24).

41. Жук Т. В., Задорожня О. Г., Якимчук Г. В., Костенко Т. М. Соціально-реабілітаційні і навчальні програми в роботі інклюзивно-ресурсних центрів із сім'єю: метододичні рекомендації. Київ. 2018. 208 с.

42. Присяжна Х., Тиунова О. Психологічні особливості прояву СДУГ у першокласників. *Інститут педагогіки та психології. Магістерський науковий вісник*. 2015. № 23. С. 173-177.

43. Непосидько Ф., Макаренко С. Психолого-медико-педагогічна допомога гіперактивним дітям. *Шкільний світ*. 2018. № 47. С. 5-8.

44. Осичнюк Л. М., Тищенко Н. Е., Горлов М. В., Тищенко І. П. Синдром дефіциту уваги і гіперактивності у дітей молодшого шкільного віку і його корекція. *Наукова бібліотека Луганського державного медичного університету*. 2013. С. 424-428.

45. Павелків Р.В. Психодіагностичний інструментарій в умовах дошкільного закладу: навчальний посібник. К: «Центр» учбової літератури». 2023. 296 с.

46. Падалка О., Сварник М., Луговський А. Реабілітаційний супровід навчання неповносправних дітей: метод. посіб. Львів: Колесо. 2018. 144 с.

47. Корекційно розвивальна програма з дітьми молодшого шкільного віку із гіперактивним розладом з дефіцитом уваги. Бібліотека методичних матеріалів. 2024. URL: <https://vseosvita.ua/library/korekcijno-rozvivalna-programa-z-ditmi-molodsogo-skilnogo-viku-iz-giperaktivnim-rozladom-z-deficitom-uvagi-181258.html> (дата звернення: 05.09.24).

48. Корекційні ігри з гіперактивними дітьми. *Світлофорчик інтернет портал*. 2024. URL: <https://svitloforchuk.ck.ua/?p=653> (дата звернення: 05.09.24).

49. Корекційно-розвивальні заняття для дітей з синдромом дефіциту уваги та гіперактивністю (СДУГ). *Освітній проект «На Урок»*. 2023. URL: <https://naurok.com.ua/korekciyno-rozvitkovi-zanyattya-dlya-ditey-z-sdug-326320.html> (дата звернення: 06.09.24).

50. Матеріали корекційно-розвиткової роботи для дітей з синдром дефіциту уваги та гіперактивністю (СДУГ). *КУ «Краснокутський Інклюзивно Ресурсний Центр»*. 2020. URL: <https://krasnokutsk.irc.org.ua/materiali-korekcijnorozvitkovo-roboti-dlya-ditej-z-sindrom-deficitu-uvagi-ta-giperaktivnistju-sdug-13-42-43-07-04-2020/> (дата звернення: 06.09.24).

ДОДАТКИ

Додаток А

Модифікований опитувальник Т. Ахенбаха

Опитувальник Т. Ахенбаха застосовують з метою дослідження особливостей поведінки, що відхиляється від прийнятої соціальної норми. Методика представлена для батьків, педагогів та дорослих, які безпосередньо включені в соціальну взаємодію з дитиною. В основі методу лежить спостереження за нерегламентованою поведінкою дітей. Батьки та педагоги є експертами, що можуть досить об'єктивно класифікувати і оцінювати деякі поведінкові прояви дитини. Опитувальник Т. Ахенбаха дозволяє виявляти особливості порушень поведінки за шкалою:

1. Первинна шкала:

- замкнутість;
- соматичні проблеми;
- тривожність;
- порушення соціалізації;
- глибина порушень мислення;
- проблеми з увагою та гіперактивність;
- делінквентна поведінка;
- агресія.

Інструкція: Вам поданий список тверджень, що описують поведінку дітей. Якщо даний пункт відповідає поведінці даної дитини повністю, то обведіть, будь ласка, в графі відповідей цифру 2. Якщо даний пункт описує поведінку дитини лише певним чином або спостерігається тільки іноді, обведіть цифру 1. Якщо даний пункт взагалі не відповідає поведінці дитини, обведіть цифру 0.

0 – взагалі не відповідає поведінці дитини (наскільки мені відомо);

1 – певним чином відповідає (іноді);

2 – повністю відповідає (завжди).

«Продовження додатку А»

№	Твердження	Бали		
		0	1	2
1.	Віддає перевагу самотності	0	1	2
2.	Відмовляється розмовляти	0	1	2
3.	Скритна, тримає все в собі	0	1	2
4.	Сором'язлива та несмілива	0	1	2
5.	Ображається, вразлива	0	1	2
6.	Недостатньо активна та енергійна	0	1	2
7.	Нещаслива, похмура, пригнічена	0	1	2
8.	Замкнута в собі, не вступає в контакти з оточуючими	0	1	2
9.	Гризе нігті	0	1	2
10.	Нервові рухи та тіки (посмикування повік, покусування губ, постукування ногою по підлозі тощо)	0	1	2
11.	Часто виникають запаморочення	0	1	2
12.	Перевтомлена	0	1	2
13.	Має зайву вагу	0	1	2
14.	Має проблеми, пов'язані зі здоров'ям, медична причина яких невизначена			
а)	Тілесні болі (не включаючи головні)	0	1	2
б)	Головні болі	0	1	2
в)	Нудота, нездужання	0	1	2
г)	Проблеми з очима. Опишіть, будь ласка	0	1	2
д)	Висипи або інші шкірні захворювання	0	1	2
е)	Болі в животі або судоми	0	1	2
є)	Блювота	0	1	2
ж)	Інші фізичні проблеми. Опишіть, будь ласка	0	1	2
15.	Колупається в носі, часто торкається деяких частин тіла, свербіж. Наведіть приклади	0	1	2
16.	Боїться, що може подумати або зробити щось погане	0	1	2
17.	Вважає, що завжди має бути найкращою	0	1	2
18.	Дитині здається, що її ніхто не любить	0	1	2
19.	Дитині здається, що інші люди хочуть їй дошкулити або заподіяти шкоду	0	1	2
20.	Почувається неповноцінною, нікчемною	0	1	2
21.	Беззастережно підкоряється правилам і інструкціям	0	1	2
22.	Надмірно боязка та тривожна	0	1	2
23.	Вважає себе винною в усьому	0	1	2
24.	Сором'язлива, легко соромиться	0	1	2
25.	Болісно реагує па критику	0	1	2
26.	Підозріла	0	1	2
27.	Весь час намагається догодити, підлещується	0	1	2
28.	Постійно боїться помилитися	0	1	2
29.	Скиглить	0	1	2

«Продовження додатку А»

30.	Схильна до схвильованості, стурбованості	0	1	2
31.	Занадто залежить від дорослих, несамостійна	0	1	2
32.	Скаржиться на самотність	0	1	2
33.	Багато плаче	0	1	2
34.	Не знаходить спільну мову з іншими дітьми	0	1	2
35.	Часто отримує забиття, фізичні травми	0	1	2
36.	Дитину часто дразнять	0	1	2
37.	Її не люблять інші діти	0	1	2
38.	Віддає перевагу грі з молодшими дітьми	0	1	2
39.	Не може звільнитися від нав'язливих думок Опишіть, будь ласка	0	1	2
40.	Навмисне каліцтво	0	1	2
41.	Боїться деяких тварин, ситуацій або місць	0	1	2
42.	Чує звуки або голоси, які, крім неї, ніхто не чує. Опишіть, будь ласка	0	1	2
43.	Знову і знову повторює одні й ті ж дії, рухи (наприклад, смикає гудзик, перевіряє, чи закриті двері і тощо). Опишіть, будь ласка	0	1	2
44.	Бачить те, що, крім неї, ніхто не бачить. Опишіть, будь ласка.	0	1	2
45.	Поводиться дивно. Опишіть, будь ласка, в чому це проявляється	0	1	2
46.	Має дивні ідеї. Опишіть, будь ласка, які.	0	1	2
47.	Поведінка не відповідає віку	0	1	2
48.	Бурмоче, мямлить, видає дивні звуки під час заняття	0	1	2
49.	Не доводить до кінця розпочате	0	1	2
50.	Не може сконцентруватися, утримувати свою увагу на чомусь одному	0	1	2
51.	Не може всидіти на місці, невтомна, надмірно активна	0	1	2
52.	Неорганізована, розсіяна	0	1	2
53.	Крутиться, совається на місці	0	1	2
54.	Багато вигадує, занурена у свої думки	0	1	2
55.	Важко дотримується вказівок та інструкцій	0	1	2
56.	Нестримана, імпульсивна, діє необдуманно	0	1	2
57.	Нервова, чутлива, напружена	0	1	2
58.	Має труднощі з засвоєння матеріалу	0	1	2
59.	Апатична, ні в чому не зацікавлена	0	1	2
60.	Рухи погано скоординовані, незграбні	0	1	2
61.	Неакуратна	0	1	2
62.	Неуважна, легко відволікається	0	1	2
63.	З байдужим поглядом дивиться кудись або на щось	0	1	2
64.	Не реалізує свої можливості	0	1	2
65.	Неохайна	0	1	2
66.	Поводить себе як дитина протилежної статі Опишіть, будь ласка.	0	1	2

«Продовження додатку А»

67.	Не відчуває себе винною, навіть якщо зробила щось погане	0	1	2
68.	Товаришує з іншими дітьми, які часто потрапляють у неприємні історії або навіть зпринчиняють їх	0	1	2
69.	Обманює	0	1	2
70.	Віддає перевагу грі з дітьми більш старшого віку	0	1	2
71.	Крадіжки	0	1	2
72.	Поводить себе зухвало	0	1	2
73.	Хвалиться, задається	0	1	2
74.	Жорстока, задириста, поводить себе злісно по відношенню до інших	0	1	2
75.	Любить, щоб на неї звертали увагу	0	1	2
76.	Навмисно ламає і знищує свої іграшки, книги, речі	0	1	2
77.	Навмисно ламає і знищує речі, що належать батькам, членам родини та іншим людям	0	1	2
78.	Неслухняна в дитячому садку	0	1	2
79.	Відволікає інших дітей	0	1	2
80.	Дитина ревнива	0	1	2
81.	Вплутується в бійки	0	1	2
82.	У розмові або на занятті перебиває інших	0	1	2
83.	Проявляє фізичну агресію	0	1	2
84.	Порушує дисципліну під час заняття	0	1	2
85.	Криклива	0	1	2
86.	Поводить себе непередбачувано	0	1	2
87.	Вимагає, щоб її вимоги негайно виконувалися, легко засмучується і виходить з себе	0	1	2
88.	Вперта, похмура і дратівлива	0	1	2
89.	Раптові зміни настрою	0	1	2
90.	Надмірно балакуча	0	1	2
91.	Запальна, легко «виходить» з себе	0	1	2
92.	Занадто галаслива, говорить занадто голосно	0	1	2

Первинна шкала:

- замкнутість: 1-8;
- соматичні проблеми: 9-15;
- тривожність: 16-30;
- порушення соціалізації: 31-38;
- глибина порушень мислення: 39-46;
- проблеми з увагою та гіперактивність: 47-65;
- делінквентна поведінка: 66-71;
- агресія: 72-92.

Додаток Б

**Модифікований діагностичний опитувальник Вандербільт для
заповнення батьками**

Інструкція: Будь ласка, оцініть поведінку дитини за допомогою наведеного опитувальника. При оцінці орієнтуйтеся на найбільш типову поведінку дитини протягом останніх шести місяців в порівнянні з поведінкою однолітків.

№	Симптоми	Ніколи	Інколи	Часто	Дуже часто
1.	Неспроможна уважно стежити за деталями, робить безглузді помилки в завданнях	0	1	2	3
2.	Має труднощі у виконанні завдань або ігровій діяльності, які вимагають зосередженої уваги	0	1	2	3
3.	Не слухає, коли до неї звертаються	0	1	2	3
4.	Не закінчує розпочатого заняття (ненавмисно)	0	1	2	3
5.	Незібрана, неорганізована	0	1	2	3
6.	Уникає або не хоче погоджуватися на виконання завдання, які вимагають підвищеної уваги та розумової напруги	0	1	2	3
7.	Плутає розклад, втрачає речі, необхідні для виконання завдань або будь-якої діяльності (книги, олівці)	0	1	2	3
8.	Легко відволікається на все, що відбувається навколо	0	1	2	3
9.	Забуває виконувати щоденні процедури (почистити зуби, вмитися тощо)	0	1	2	3
10.	Неспокійно рухає руками або ногами, совається на місці	0	1	2	3
11.	Покидає своє місце в класі, на заняттях або в іншому місці, не може всидіти	0	1	2	3
12.	Починає бігати і дертися кудись, коли це недоречно	0	1	2	3
13.	Не може тихо грати, неадекватно галаслива	0	1	2	3
14.	Діє як «заведена», начебто до неї причеплений «моторчик»	0	1	2	3

«Продовження додатку Б»

15.	Надмірно балакуча, не звертаючи увагу на соціальні обмеження	0	1	2	3
16.	«Випалює» відповіді до того, як завершені питання	0	1	2	3
17.	Не здатна стояти в чергах, чекати своєї черги	0	1	2	3
18.	Перебиває інших або втручається в розмови або заняття інших	0	1	2	3
19.	Вступає в конфлікти з дорослими	0	1	2	3
20.	Втрачає самоконтроль, схильна до емоційних спалахів	0	1	2	3
21.	Не слухається і відмовляється підкорятися встановленим правилам дорослих	0	1	2	3
22.	Чинить наперекір іншим	0	1	2	3
23.	Звинувачує інших у своїх помилках і поведінкових проблемах	0	1	2	3
24.	Прагне домогтися свого, легко «виходить із себе»	0	1	2	3
25.	Зла і дратівлива.	0	1	2	3
Інші поведінкові проступки (вказіть самі при їх наявності)					
26.	Трепетна, боязка, тривожна	0	1	2	3
27.	Боїться пробувати робити щось нове через страх, що не вийде або зробить помилку	0	1	2	3
28.	Недооцінює себе, відчуває себе гірше інших	0	1	2	3
29.	Відчуває себе винною	0	1	2	3
30.	Відчуває себе непотрібною	0	1	2	3
31.	Сумна, нещаслива або пригнічена	0	1	2	3
32.	Невпевнена і занадто сумнівається	0	1	2	3

№	Успішність	Відмінно	Добре	Задовільно	Інк. трудн.	Великі труднощі
33.	Оцінка загальної успішності в житті	1	2	3	4	5
34.	Відношення до батьків	1	2	3	4	5
35.	Відношення до братів/сестер	1	2	3	4	5
36.	Відношення до однолітків	1	2	3	4	5
37.	Участь у командних іграх	1	2	3	4	5
38.	Виконання вказівок дорослих	1	2	3	4	5

«Продовження додатку Б»

Питання 1-9	Субшкала дефіциту уваги
Питання 10-14	Субшкала гіперактивності
Питання 15-18	Субшкала імпульсивності
Питання 19-25	Субшкала опозиційних реакцій (протесту)
Питання 26-32	Субшкала тривожно-депресивної симптоматики
Питання 33-38	Субшкала соціальної адаптації

Додаток В

Тест-опитувальник батьківського ставлення А. Варги, В. Століна

Інструкція: На кожне твердження дайте відповідь «так» або «ні».

№	Питання	Так	Ні
1.	Я завжди співчуваю своїй дитині		
2.	Я вважаю своїм обов'язком знати все, що думає моя дитина		
3.	Я поважаю свою дитину		
4.	Мені здається, що поведінка моєї дитини значно відхиляється від норми		
5.	Потрібно якомога довше тримати дитину осторонь від реальних життєвих проблем, якщо вони її травмують		
6.	Я відчуваю до дитини симпатію		
7.	Добрі батьки оберігають дитину від життєвих труднощів		
8.	Моя дитина часто неприємна мені		
9.	Я завжди намагаюсь допомогти своїй дитині		
10.	Бувають випадки, коли погане ставлення до дитини приносить їй велику користь		
11.	Я відчуваю прикрощі щодо своєї дитини		
12.	Моя дитина нічого не досягне у житті		
13.	Мені здається, що діти знущаються над моєю дитиною		
14.	Моя дитина часто здійснює такі вчинки, які варті лише осуду		
15.	Для свого віку моя дитина не зовсім зріла		
16.	Моя дитина поводить себе спеціально погано, щоб досадити мені		
17.	Моя дитина вбирає у себе все погане, як губка		
18.	Мою дитину важко навчити гарних манер, при найбільшому старанні		
19.	Дитину потрібно тримати у суворих рамках, тоді з неї виросте порядна людина		
20.	Я люблю, коли друзі моєї дитини приходять до нас додому		
21.	Я завжди приймаю участь в іграх і справах дитини		
22.	До моєї дитини липне все погане		
23.	Моя дитина не досягне успіхів у житті		
24.	Коли в компанії знайомих говорять про дітей мені трохи соромно, що моя дитина не така розумна і здібна, як хотілось би		
25.	Я жалію свою дитину		
26.	Коли я порівнюю свою дитину з її ровесниками, вони здаються мені дорослішими і у поведінці і у судженнях		
27.	Я із задоволенням проводжу з дитиною свій вільний час		
28.	Мені шкода, що моя дитина росте і дорослішає		

«Продовження додатку В»

29.	Я часто ловлю себе на ворожому ставленні до дитини		
30.	Я мрію про те, щоб моя дитина досягла всього того, що мені не вдалося у житті		
31.	Батьки повинні пристосовуватись до дитини		
32.	Я намагаюся виконати всі прохання моєї дитини		
33.	Приймаючи сімейні рішення слід враховувати і думку дитини		
34.	Головна причина капризів моєї дитини – егоїзм, впертість і лінь		
35.	У конфлікті з дитиною я часто можу визнати, що вона по-своєму права		
36.	Діти рано дізнаються, що батьки можуть помилятися		
37.	Я завжди зважаю на думку своєї дитини		
38.	Я відчуваю приязнь до дитини		
39.	Я дуже цікавлюсь життям своєї дитини		
40.	Неможливо нормально відпочити, якщо проводиш час з дитиною		
41.	Найголовніше, щоб у дитини було спокійне і безхмарне дитинство		
42.	Іноді мені здається, що моя дитина – нездатна ні до чого доброго		
43.	Я поділяю захоплення своєї дитини		
44.	Моя дитина може вивести із себе будь-кого		
45.	Смуток моєї дитини мені завжди близький і зрозумілий		
46.	Моя дитина часто дратує мене		
47.	Виховання дитини – суцільне нервування		
48.	Суворе дисципліна у дитинстві – розвиває сильний характер		
49.	Я не довіряю своїй дитині		
50.	За суворе виховання діти дякують потім		
51.	Інколи мені здається, що я ненавиджу свою дитину		
52.	У моєї дитини більше недоліків, ніж позитивних якостей		
53.	Я поділяю інтереси своєї дитини		
54.	Моя дитина не спроможна що-небудь зробити самостійно, а якщо і зробить, то обов'язково не так		
55.	Моя дитина виросте непристосованою до життя		
56.	Моя дитина подобається мені такою, якою вона є		
57.	Я ретельно стежу за станом здоров'я своєї дитини		
58.	Не рідко я захоплююсь своєю дитиною		
59.	Дитина не повинна мати секретів від батьків		
60.	Я не високої думки про здібності своєї дитини і не приховую цього від неї		
61.	Дитина повинна дружити з тими дітьми, які подобаються її батькам		

Ключі до опитувальника:

1. Шкала «Прийняття-відхилення»: 3, 4, 8, 10, 12, 14, 15, 16, 18, 20, 23, 24, 26, 27, 29, 34, 37, 38, 40, 42, 43, 44, 45, 47, 49, 51, 52, 53, 55, 56, 60.

2. Шкала «Кооперація»: 6, 9, 21, 25, 31, 33, 39, 35, 36.
3. Шкала «Симбіоз»: 1, 5, 7, 28, 32, 41, 58.
4. Шкала «Авторитарна гіперсоціалізація»: 2, 19, 30, 48, 50, 57, 59.
5. Шкала «Маленький (-а) невдаха»: 9, 11, 13, 17, 22, 23, 54, 61.

Шкала «прийняття-відхилення» висловлює собою загальне емоційне ставлення батьків до дитини. Позитивне ставлення виражається в прийнятті, негативне – у відхиленні.

Шкала «кооперація» визначає прагнення дорослих до співпраці з дитиною, прояв з їх боку щирої зацікавленості та участь у її справах.

Питання шкали «симбіоз» орієнтовані на з'ясування прагнень дорослого по відношенню до дитини. За допомогою цієї шкали можна виявити чи батьки бажають встановити з дитиною тісний емоційний контакт або, навпаки, намагаються зберегти між собою та дитиною психологічну дистанцію. «Симбіоз» являє собою характеристику налагодження контакту між дорослими та дитиною.

Згідно шкали «авторитарна гіперсоціалізація» можна визначити такі характеристики в стилі сімейного виховання, як демократичність та авторитарність.

Шкала «маленький невдаха» визначає ставлення батьків до невдач дитини, вона допомагає продемонструвати як батьки ставляться до здібностей, бажань та прагнень своєї дитини, до її переваг і недоліків, успіхів і невдач.

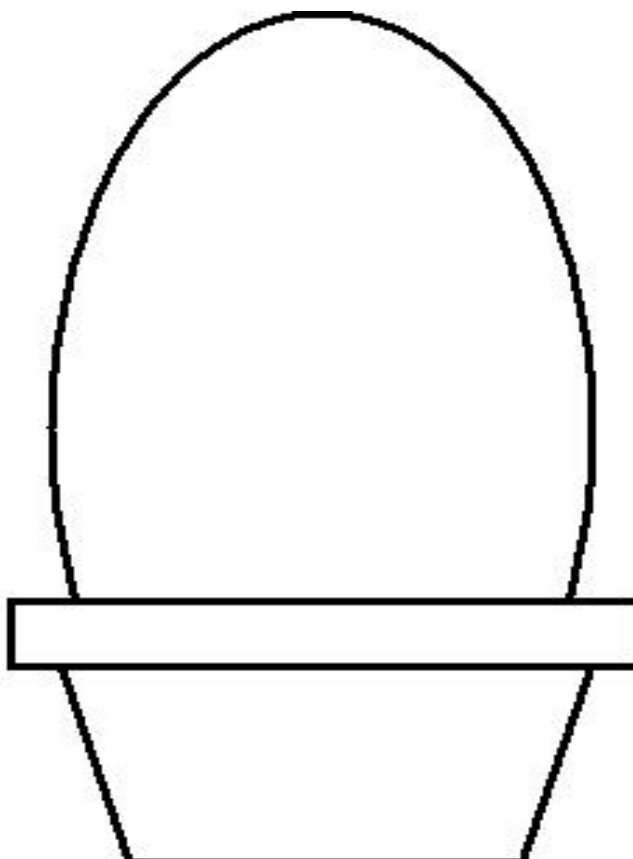
Додаток Г

Адаптована проєктивна методика «Графічна методика «Кактус»

Графічна методика «Кактус» розроблена М. Панфіловою та проводиться з дітьми з 6-ти років та старше.

Мета – виявлення стану емоційної сфери дитини.

Для здобувачів початкової освіти з СДУГ пропонується шаблон кактуса.



Інструкція: Подивись на малюнок, домалюй на ньому те, чого не вистачає цьому кактусу. Намалюй, яким ти собі уявляєш кактус. На виконання завдання дитині дається стільки часу, скільки їй потрібно для того, щоб закінчити малюнок. При обробці результатів звертається увага на характеристики ліній, силу натиску на олівець, додаткові деталі, кольорову гаму тощо. Крім того, враховуються специфічні показники: характеристика «образу кактуса» (дикий, домашній, жіночний тощо), характеристика манери малювання (промальований, схематичний тощо), характеристика голок (розмір, розташування, кількість). Можна ставити запитання, відповіді на які допоможуть уточнити інтерпретацію:

1. Кактус домашній або дикий?

2. До нього можна доторкнутися? Він сильно колеться?
3. Кактусу подобається, коли за ним доглядають: поливають, удобрюють?
4. Кактус росте один або з якимись рослинами по сусідству?
5. Якщо він росте з сусідом, то яка це рослина? Коли кактус виросте, що в ньому зміниться?

Інтерпретація:

Імпульсивність – уривчасті лінії, сильний натиск.

Агресивність – наявність голок, особливо їх велика кількість. Сильно стирчать, довгі, близько розташовані один до одного голки відображають високий ступінь агресивності.

Егоцентризм, прагнення до лідерства – великий малюнок, розташований в центрі листа.

Невпевненість у собі, залежність – маленький малюнок, розташований внизу аркуша.

Демонстративність, відкритість – наявність виступаючих відростків в кактусі, химерність форм.

Скритність, обережність – розташування зигзагів по контуру або всередині кактуса. Наявність западин і вгинань свідчить про скритність, такий малюнок говорить куди менше, ніж знає.

Оптимізм – зображення «радісних» кактусів, використання яскравих кольорів у варіанті з кольоровими олівцями.

Тривога – переважання внутрішнього штрихування, переривчасті лінії, використання темних кольорів у варіанті з кольоровими олівцями.

Жіночність – наявність м'яких ліній і форм, прикрас, квітів.

Якщо кактус має опуклості – значить, дитина відкрита і простодушна.

Екстравертованість – наявність на малюнку інших кактусів або квітів.

Прагнення до домашньої захисту, почуття сімейної спільності – наявність квіткового горщика на малюнку, зображення домашнього кактуса.

Відсутність прагнення до домашньої захисту, почуття самотності – зображення дикоростучого, пустельного кактусу.

Чим яскравіший кактус – тим більш життєрадісним є досліджуваний. Якщо ж він похмурий і в малюнку переважають темні тони – значить, необхідно якщо не бити на сполох, то хоча б дізнатися причину.

Характеристика ліній і сили натиску на олівець. Тут слід зазначити, що чим сильніший натиск на олівець, уривчастість ліній, використання внутрішнього штрихування, тим більше автор малюнку схильний до імпульсивності, тривожності, пригніченості настрою.

Більш тонкі лінії, певна «легкість» натиску, вільність ліній в малюнку, присутність елементів, що додають кактусу привабливість, позитив, що викликають симпатію говорять про більш поступливий, м'який характер особистості, почуття гумору, позитивний настрій, відкритість.

Наявність «діток» на кактусі. Є думка, що «дітки» на кактусі позначають насправді дітей, або вже наявних, або планованих в майбутньому. Найчастіше «дітки» зустрічаються на «одомашнених» кактусах, що вже означає прагнення до створення сім'ї.

Присутність додаткових елементів. Це можуть бути написи, підписи під малюнками, пояснення, а також інші тварини, рослини і т.д. Ці додаткові елементи мають важливе значення для характеристики малюнка в цілому, вони дають можливість тлумачити його більш повно і точно.

Інтерпретація кольорової гами малюнка:

- темно-синій: спокій, злиття, об'єднання, гармонія, любов (матері і дитини). Темно-синій – це небо і океан, де зародилося життя. Це стан блаженства.

- темно-зелений: символ – паросток, що пробивається крізь асфальт. Воля, цілеспрямованість, життєлюбність, рішучість, завзятість, честолюбність, впертість.

«Продовження додатку Г»

- помаранчево-червоний: символ – вогонь, кров, вибух. Експансія, підпорядкування навколишнього середовища, сила, енергія, активність у всіх напрямках.

- лимонно-жовтий: зміна, творчість, гнучкість, чуйність на зовнішні стимули, радість.

- бордовий: мистецтво, незвичайність, гармонія духовності, народження нового, подвоєння суті, крихка динамічна рівновага.

- світло-коричневий: тривога, неспокій, хвороба, неприкаяність, невпевненість, переживання незатишності, фізичний і психологічний дискомфорт.

- чорний: порожнеча, ексцентричність, ніч. смерть, знищення.

Вправи, спрямовані на покращення координації рухів, зняття імпульсивності, емоційної напруги, довільність поведінки

«Знайди відмінності»

Мета: розвиток уваги, комунікативних навичок.

Хід вправи: Здобувач початкової освіти малює все, що захочеться, потім передає листок дорослому. Педагог додає одну або декілька деталей та повертає дитині, яка має знайти зміни. Потім педагог малює, а дитина вносить зміни – вони міняються ролями.

Змінений тест «Коректурна проба»

Мета: розвиток уваги.

Хід вправи: Здобувачу початкової освіти пропонується бланк із зображеннями знайомих трьох предметів (гриб, м'яч, ялинка), розташованих по вісім у кожному ряду. Усього 5-10 рядів. Предмети в ряду розміщені довільно. Потрібно викреслити всі гриби або м'ячі, ялинки.

«Покажи, що не підходить» (на основі методики «четвертий зайвий»)

Мета: розвиток мислення.

Хід вправи: Здобувачу початкової освіти пропонують картки із зображенням знайомих предметів (4-5) і говорять: «Подивися, тут усі предмети можна об'єднати разом, а один не підходить до них. Який і чому?».

Функціональна вправа «Що зникло?»

Мета: розвиток концентрації уваги.

Хід вправи: Перед кожною дитиною по черзі розкладаються предмети. Її просять уважно подивитися на них і запам'ятати. Потім здобувач початкової освіти закриває очі, а інструктор прибирає один предмет. Завдання дитини – назвати зниклий предмет.

«Пуантизм»

Мета: вчити дитину самостійно створювати образи

Хід вправи: Здобувача початкової освіти просять за допомогою фарб створити будь-який малюнок на аркуші паперу. Кольорові плями можна наносити за допомогою пензликів, паличок чи пальчиків. Вправа сприяє розслабленню та заспокоєнню.

«Говори!»

Мета: розвиток уміння контролювати імпульсивні дії, уваги, довільності.

Хід вправи: Педагог пропонує здобувачу початкової освіти пограти в гру з питаннями та відповідями, попереджає, що на питання можна відповідати лише після слова «Говори!». Після запитання кинути м'яч, обов'язково зробити паузу і лише потім сказати «Говори!».

Давайте потренуємося: «Яка зараз пора року?» (дорослий робить паузу) «Говори!»; «Якого кольору у нас в групі стіни?» ... «Говори!»; «Який сьогодні день тижня?» ... «Говори!» ... тощо». Гра може проводитися як індивідуально, так і з групою дітей.

«Спонтанне малювання»

Мета: від реагування негативних переживань, зняття емоційної напруги.

Обладнання: аркуші паперу різної форми (коло, квадрат, прямокутник, трикутник), фарби, олівці, різноманітні матеріали для аплікації.

Хід вправи: В приміщенні вмикається приємна неголосна музика. Протягом 20-30 хвилин дитина може малювати все, що їй захочеться, прикрашати малюнок аплікацією. Спонтанне малювання допомагає здобувачам початкової освіти вийти з депресій, знімає психологічну напругу, активізує почуття міри – дитина зупиняється, коли відчуває, що експериментувати більше не варто. Завдання педагога – дати дитині повну свободу.