МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему: ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОКОРЕКЦІЇ СИНДРОМУ ДЕФІЦИТУ УВАГИ ТА ГІПЕРАКТИВНОСТІ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

Виконала: студентка ІІ курсу,
групи 8.0534-з-1-дн
спеціальності: 053 Психологія
освітньої програми: 053 Психологія
Корольова Олена Василівна
Керівник: к. психол. н., доцент
кафедри психології Малина О.Г.
Рецензент:к. психол. наук., доцент
кафедри психології Мосол Н.О.

Запоріжжя 2026

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціальної педагогіки та психології
Кафедра психології
Рівень вищої освіти магістерський
Спеціальність 053 Психологія
Освітня програма Психологія
Спеціалізація Психологія

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри

_____

к.психол.н., доцент. Н.О. Губа

«____»_____2026 р.

З А В Д А Н Н Я

НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ

Корольовій Олені Василівні

1. Тема роботи Особливості психокорекції синдрому дефіциту уваги та гіперактивності у дітей дошкільного віку

керівник роботи Малина Олена Григорівна, кандидат психологічних наук, доцент

затверджені наказом ЗНУ від «02»10 2025 року № 1393-с

2 Термін подання студентом роботи _____

3 Вихідні дані до роботи аналіз психо-педагогічної літератури.

Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити) провести теоретичний аналіз науково-психологічних досліджень психологічних особливостей дітей із синдромом гіперактивності та дефіциту уваги; емпірично визначити особливості процесів саморегуляції, уваги та поведінки дітей дошкільного віку із проявами синдрому гіперактивності та дефіциту уваги; розробити, впровадити та експериментально обґрунтувати ефективну програму психокорекції гіперактивності та дефіциту уваги у дітей молодшого шкільного віку; надати методичні рекомендації батькам дітей щодо формування процесів саморегуляції, довільної уваги та стабілізації поведінки дітей із проявами гіперактивності та дефіциту уваги.

4 Перелік графічного матеріалу: 4 таблиці, 1 рисунок.

5 Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання Видав	Завдання прийняв
Вступ	Малина О.Г., доцент		
Розділ 1	Малина О.Г., доцент		
Розділ 2	Малина О.Г., доцент		
Висновки	Малина О.Г., доцент		

7. Дата видачі завдання_____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Збір та систематизація матеріалу	січень – лютий 2025 р.	Виконано
2	Робота над вступом	березень 2025 р.	Виконано
3	Робота над першим розділом	квітень – травень 2025 р.	Виконано
4	Робота над другим розділом	липень-вересень 2025 р.	Виконано
5	Написання висновків	жовтень-листопад 2025 р.	Виконано
6	Передзахист	грудень 2025 р.	Виконано
7	Нормоконтроль	січень 2025 р.	Виконано

Студент _____ О. В. Корольова

Керівник роботи _____ О. Г. Малина

Нормоконтроль пройдено

Нормоконтролер _____ М. І. Гречаник

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота магістра: 89 сторінка, 4 таблиць, 1 рисунок, 73 джерела

Об’єкт дослідження – психологічні особливості дітей дошкільного віку із проявами гіперактивності та дефіциту уваги.

Предмет дослідження – особливості психокорекції гіперактивності та дефіциту уваги у дітей дошкільного віку.

Мета роботи – розробити, обґрунтувати та впровадити ефективну програму психокорекції проявів гіперактивності та дефіциту уваги у дітей дошкільного віку на основі теоретичного вивчення та емпіричного дослідження порушень процесів активації, гальмування та саморегуляції у дітей із проявами гіперактивності та дефіциту уваги.

Гіпотеза дослідження: передбачається, що діти із проявами гіперактивності та дефіциту уваги мають специфічні ознаки порушень процесів активації, гальмування та саморегуляції, тому впровадження ефективної програми психокорекції проявів гіперактивності та дефіциту уваги значно стабілізує поведінку і призводить до позитивних зрушень показників уваги та саморегуляції даної категорії дітей.

Методи дослідження: теоретичні (аналіз, класифікація, систематизація, узагальнення даних теоретичних та експериментальних досліджень, структурний аналіз, методи теоретичного моделювання) та емпіричні (порівняльний аналіз, експеримент, спостереження, анкетування, психодіагностичний метод, індивідуальні та групові бесіди).

Наукова новизна дослідження полягає у роботи полягає у розробці, емпіричному обґрунтуванні та апробації ефективної програми психокорекції проявів гіперактивності та дефіциту уваги у дітей дошкільного віку

Галузь використання: заклади дошкільної освіти, центри психічного розвитку дитини, заклади охорони здоров’я, громадські організації підтримки жінок і дітей.

ГІПЕРАКТИВНІСТЬ, ДЕФІЦИТ УВАГИ, ІМПУЛЬСИВНІСТЬ, ПСИХОКОРЕКЦІЯ, САМОРЕГУЛЯЦІЯ, АКТИВАЦІЯ, РДУГ.

SUMMARY

Koroleva O.V. Features of psychocorrection of attention deficit hyperactivity disorder in preschool children.

Master's qualification work: 89 pages, 4 tables, 1 figures, 73 sources

Object of the study – psychological characteristics of preschool children with manifestations of hyperactivity and attention deficit.

Subject of the study – the features of psychocorrection of hyperactivity and attention deficit in preschool children.

The purpose of the work is to develop, substantiate and implement an effective program for psychocorrection of manifestations of hyperactivity and attention deficit in preschool children based on theoretical study and empirical research of disorders of the processes of activation, inhibition and self-regulation in children with manifestations of hyperactivity and attention deficit.

Research hypothesis: it is assumed that children with manifestations of hyperactivity and attention deficit have specific signs of disorders of the processes of activation, inhibition and self-regulation, therefore, the implementation of an effective program for psychocorrection of manifestations of hyperactivity and attention deficit significantly stabilizes behavior and leads to positive changes in the indicators of attention and self-regulation of this category of children.

Research methods: theoretical (analysis, classification, systematization, generalization of data from theoretical and experimental studies, structural analysis, theoretical modeling methods) and empirical (comparative analysis, experiment, observation, questionnaire, psychodiagnostic method, individual and group interviews).

The scientific novelty of the study lies in the development, empirical substantiation and testing of an effective program for psychocorrection of manifestations of hyperactivity and attention deficit in preschool children

field of use: preschool educational institutions, centers for the mental development of children, health care institutions, public organizations supporting women and children.

Key words: hyperactivity, attention deficit, impulsivity, psychocorrection, self-regulation, activation, inhibition, attention deficit hyperactivity disorder.

ЗМІСТ

ВСТУП 8

РОЗДІЛ 1 ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ІЗ ПРОЯВАМИ ДЕФІЦИТУ УВАГИ ТА ГІПЕРАКТИВНОСТІ 11

1.1. Теоретичний аналіз поняття дефіциту уваги та гіперактивності у дітей 11

1.2. Клініко-психологічна характеристика дітей із проявами дефіциту уваги та гіперактивності 18

1.3. Специфіка порушень процесів активації, гальмування та саморегуляції у дітей із проявами дефіциту уваги та гіперактивності у дошкільному віці 24

РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ ІЗ ПРОЯВАМИ ДЕФІЦИТУ УВАГИ ТА ГІПЕРАКТИВНОСТІ 35

2.1. Аналіз напрямів психокорекції проявів дефіциту уваги та гіперактивності у дітей 35

2.2. Завдання психокорекції проявів дефіциту уваги та гіперактивності у дітей дошкільного віку 42

2.3. Методичні рекомендації з формування процесів саморегуляції, довільної уваги та стабілізації поведінки дітей із проявами дефіциту уваги та гіперактивності 46

РОЗДІЛ 3. ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОКОРЕКЦІЇ ДЕФІЦИТУ УВАГИ ТА ГІПЕРАКТИВНОСТІ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ 52

3.1. Організація та методика емпіричного дослідження проявів дефіциту уваги та гіперактивності у дітей дошкільного віку 52

3.2. Програма психокорекції дефіциту уваги та гіперактивності у дітей дошкільного віку 55

3.3. Аналіз ефективності програми психокорекції дефіциту уваги та гіперактивності у дітей дошкільного віку 67

ВИСНОВКИ 88

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 90

ВСТУП

Актуальність дослідження. Психічне здоров'я дитини передбачає гармонійний розвиток рухових і когнітивних функцій, оптимальну адаптацію та соціалізацію дитини в суспільстві, навчанні та сім'ї.

Необхідність вивчення дітей із синдромом гіперактивності та дефіциту уваги у дошкільному віці зумовлена поширенням практичного запиту і збільшенням звернень за психологічною допомогою у дитячому віці. Тривалі прояви імпульсивності і гіперактивності можуть привести до формування девіантних форм поведінки (Компанець Н.М., Ситковська О. О., Баієр О. О., Weiss G., Hechtman L.T., Olson Sh.). Насліди гіперактивності та дефіциту уваги у дорослому віці проявляються невдачами в особистому житті та професійному розвитку [1, 11, 17].

Когнітивні і поведінкові порушення продовжують зберігатися майже у 70% підлітків і більш ніж у 50% дорослих людей, що страждали на гіперактивність та дефіцит уваги у дитинстві. У підлітковому віці у гіперактивних дітей рано розвивається потяг до алкоголю, психоактивних речовин. Для них в більшій мірі, ніж для їх однолітків, характерна схильність до правопорушень (Klein RG, Mannuzza S., 1991; Fischer M. Et al., 1993; Weiss G., Hechtman LT, 1993 ; Olson Sh., 1996).

Отже, вивчення дітей із гіперактивністю та дефіцитом уваги та розвиток дефіцітарних функцій має важливе значення для психолого-педагогічної практики саме у дошкільному віці, коли впровадження корекційних занять ма\ найбільшу ефективність. Звертає на себе увагу той факт, що проявам гіперактивності та дефіциту уваги приділяється основна увага тільки при вступі дитини до школи, коли яскраво проявляється шкільна дезадаптація і неуспішність [3, 9, 15].

Таким чином, ранні діагностика та корекція гіперактивності та дефіциту уваги повинні бути орієнтовані на дошкільний вік, коли

компенсаторні можливості мозку великі, що дозволяє запобігти формування стійких патологічних проявів та аномального психічного розвитку дитини.

Очевидна актуальність означених проблем та їх недостатня розробленість зумовили вибір теми кваліфікаційної роботи: «Особливості психокорекції синдрому дефіциту уваги та гіперактивності у дітей дошкільного віку.»

Об'єкт дослідження: психологічні особливості дітей дошкільного віку із проявами синдрому гіперактивності та дефіциту уваги.

Предмет дослідження: особливості психокорекції гіперактивності та дефіциту уваги у дітей дошкільного віку.

Мета: розробити, обґрунтувати та впровадити ефективну програму психокорекції проявів гіперактивності та дефіциту уваги у дітей дошкільного віку на основі теоретичного вивчення та емпіричного дослідження порушень процесів активації, гальмування та саморегуляції у дітей із проявами синдрому гіперактивності та дефіциту уваги.

Гіпотеза: Діти із проявами гіперактивності та дефіциту уваги мають специфічні ознаки порушень процесів активації, гальмування та саморегуляції, тому впровадження ефективної програми психокорекції проявів гіперактивності та дефіциту уваги значно стабілізує поведінку і призводить до позитивних зрушень показників уваги та саморегуляції даної категорії дітей.

Враховуючи мету і гіпотезу дослідження, були сформульовані наступні завдання:

1) провести теоретичний аналіз науково-психологічних досліджень психологічних особливостей дітей із синдромом гіперактивності та дефіциту уваги;

2) емпірично визначити особливості процесів саморегуляції, уваги та поведінки дітей дошкільного віку із проявами синдрому гіперактивності та дефіциту уваги;

3) розробити, впровадити та експериментально обґрунтувати ефективну програму психокорекції гіперактивності та дефіциту уваги у дітей молодшого шкільного віку;

4) надати методичні рекомендації батькам дітей щодо формування процесів саморегуляції, довільної уваги та стабілізації поведінки дітей із проявами гіперактивності та дефіциту уваги.

Методи дослідження. Для досягнення мети, розв'язання поставлених у дослідженні завдань та перевірки гіпотези було застосовано комплекс теоретичних (аналіз, класифікація, систематизація, порівняння, узагальнення даних теоретичних та експериментальних досліджень з досліджуваної проблеми, структурний аналіз, методи теоретичного моделювання) та емпіричних (порівняльний аналіз, експеримент, спостереження, анкетування, психодіагностичний метод, представлений стандартизованими методиками, індивідуальні та групові бесіди) методів.

Наукова новизна роботи полягає у розробці, емпіричному обґрунтуванні та апробації ефективної програми психокорекції проявів гіперактивності та дефіциту уваги у дітей дошкільного віку

Практичне значення роботи визначається тим, що розроблена і апробована психокорекційна програма для дітей дошкільного віку може бути використана практичними психологами та педагогічними працівниками у процесі корекційно-розвивальної роботи с дітьми дошкільного віку, що мають ознаки синдрому гіперактивності та дефіциту уваги.

РОЗДІЛ 1
ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ІЗ ПРОЯВАМИ ДЕФІЦИТУ УВАГИ ТА ГІПЕРАКТИВНОСТІ

1.1. Теоретичний аналіз поняття дефіциту уваги та гіперактивності у дітей

Гіперактивність і дефіцит уваги є однією з найпоширеніших причин поведінкових порушень і труднощів навчання у дошкільному та шкільному віці. Тому обізнаність щодо цієї патології необхідна не лише дитячим неврологам і психіатрам, а й психологам, педагогам та батькам. Розлад виявляють у 4,0–9,5% дітей, а співвідношення хлопчиків і дівчаток становить приблизно 5:1 [14, 21].

Становлення концепції гіперактивності та дефіциту уваги тісно пов’язане з еволюцією уявлень про мінімальні мозкові дисфункції (ММД). ММД зазвичай трактують як наслідки ранніх (пре- та перинатальних) локальних ушкоджень головного мозку, що проявляються віковою незрілістю окремих вищих психічних функцій та їх дисгармонійним розвитком. Водночас у багатьох дослідженнях підтверджено роль спадкового чинника в генезі ММД [15, 31]. Досвід вивчення ММД засвідчив, що їх важко розглядати як єдину нозологічну форму через різноманіття клінічних проявів і неоднорідність етіологічних та патогенетичних чинників. Саме тому в міжнародній класифікації хвороб МКБ-10 [2, 12] подано діагностичні критерії для низки станів, які раніше описувалися в межах ММД.

У розділі F8 «Порушення психологічного розвитку» виділено рубрики: F80 — розлади розвитку мовлення; F81 — розлади розвитку шкільних навичок (дислексія, дисграфія, діскалькулія); F82 — розлади розвитку рухових функцій (діспраксія розвитку, статико-локомоторна нерозвиненість). Розділ F9 «Поведінкові та емоційні розлади дитячого і підліткового віку» містить рубрики F90 — ГРДВ. Утім, у клінічній практиці в дітей нерідко

спостерігається поєднання симптомів, які можна віднести не до однієї, а до кількох із наведених рубрик МКБ-10.

Історія вивчення феномена гіперактивності є відносно недовгою, проте насиченою фактами і охоплює приблизно 150 років. Вперше надзвичайно рухливу дитину, яка не могла й хвилини спокійно всидіти на стільці, описав німецький лікар-психоневролог Генріх Хоффман, назвавши її «Непосидючий Філ». Попри те що проблемами невротичних відхилень поведінки та навчальних труднощів займалися багато дослідників, упродовж тривалого часу не існувало наукового визначення подібних станів: інтерес до них змінювався періодами спаду та піднесення. У 1947 р. педіатри намагалися дати чітке клінічне обґрунтування так званим гіперактивним дітям, у яких часто виникали труднощі в навчанні.

До сьогодні відсутня єдина позиція щодо назви цього феномена. Його описували як «легку дисфункцію мозку», «гіперкінетичний хронічний мозковий синдром», «легке ушкодження мозку», «легку дитячу енцефалопатію», «гіперкінез», «гіперкінетичні імпульсивні порушення». У 1966 р. Б. Стефенс запропонував таке визначення: індивідуальні відмінності в дітей можуть бути наслідком генетичних відхилень, біохімічних порушень, інсультів у перинатальному періоді, захворювань чи травм у критичні періоди розвитку центральної нервової системи або інших органічних причин невідомого походження [13, 17].

Помітно пізніше до системного вивчення проблеми долучилися й вітчизняні лікарі. Так, відомий педіатр Ю. Ф. Домбровська у виступі на симпозіумі 1972 р., присвяченому ролі психогенного чиннику у виникненні, перебігу та лікуванні соматичних хвороб, виокремила групу «важковиховуваних» дітей, які створюють найбільше труднощів для батьків і педагогів [8, 28].

Важливою подією стала публікація американськими вченими у 1987 р. ревізії (перегляду) третього видання «діагностичного та статистичного посібника з психічних хвороб», що суттєво вплинуло на діагностичні

критерії та закріпило назву, яка точніше відображає сутність явища, — «синдром дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ)». Наразі використовується більш коректний термін, що охоплює коло проявів з дефіциту уваги та гіперактивності, прийнятий професійною спільнотою з урахуванням деонтологічних принципів - Розлад дефіциту уваги та гіперактивності (РДУГ). Останніми роками цьому феномену приділяється значна увага, зокрема і в нас, про що свідчить велика кількість публікацій на цю тему.

У 1980 р. Американською асоціацією психіатрів була розроблена робоча класифікація — DSM-IV (the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition), — відповідно до якої випадки, що раніше описувалися як мінімальна мозкова дисфункція, запропоновано розглядати як синдром дефіциту уваги і гіперактивності. Вихідною передумовою стало те, що найчастіші та найбільш значущі клінічні симптоми ММД включали саме порушення уваги й гіперактивність. У класифікації DSM-IV ці синдроми об’єднано під загальною назвою «синдром дефіциту уваги та гіперактивності». У МКБ-10 синдром подано в розділі «Емоційні розлади і розлади поведінки, що починаються звичайно в дитячому та підлітковому віці» в підрозділі «Порушення активності і уваги» (F90.0) та «Гіперкінетичний розлад поведінки» (F90.1).

Обидві класифікації (DSM-IV і МКБ-10), які використовують для встановлення діагнозу, містять низку додаткових вимог. Зокрема, у МКБ-10 до них належать:

— початок розладу не пізніше 7-річного віку;

— виявлення діагностичних критеріїв у кількох ситуаціях;

— наявність симптомів усіх трьох розділів щонайменше у двох різних умовах, наприклад удома і в школі або в школі та іншому закладі, де перебуває дитина;

— невідповідність критеріям загального розладу розвитку (розладів спектра аутизму), манії або депресії, наприклад при біполярному чи тривожному розладах.

Хоча у перегляді DSM-IV-TR (2000) критерії максимально наближені до МКБ-10, між ними існують певні відмінності. Так, обидві системи виділяють три групи симптомів — неуважність, гіперактивність та імпульсивність, — однак у DSM-V прояви, пов'язані з імпульсивністю і гіперактивністю, розглядаються як єдиний континуум клінічних проявів, тоді як у МКБ-10 вони оцінюються окремо. Обидві системи погоджуються, що для позитивної діагностики симптоми мають проявлятися більш ніж в одній ситуації. Водночас у МКБ-10, на відміну від DSM-V, для встановлення діагнозу необхідна наявність проявів і неуважності, і гіперактивності, і імпульсивності. DSM-V таких вимог не висуває, натомість описує різні клінічні підтипи РДУГ:

— комбінований — симптоми з усіх трьох груп проявляються як удома, так і в школі;

— РДУГ з переважними порушеннями уваги;

— РДУГ з переважанням гіперактивності та імпульсивності.

Окрім цього, виокремлюють дві функціональні форми РДУГ:

Проста форма характеризується симптомами асинхронії розвитку: неуважність, гіперактивність, дислексія, дисграфія, первинна форма енурезу.

Ускладнена форма відрізняється тим, що до симптомів асинхронії розвитку з віком приєднуються «вторинні» прояви: тики, головні болі, вторинна форма енурезу, енкопрез, заїкання, розлади соціальної поведінки, фобічні розлади, парасомнії.

Отже, діагностичні критерії МКБ-10 є суворішими, ніж у DSM, а діагноз «гіперкінетичний розлад» (ГР) фактично охоплює лише поєднану форму РДУГ за DSM-IV. Водночас DSM-IV трактує його як тяжчий ступінь розладу, що потребує медикаментозної терапії. Тобто практично всі, хто відповідає критеріям ГР, відповідатимуть і критеріям РДУГ, але не навпаки [43, 22].

Критерії діагнозу гіперактивного розладу з дефіцитом уваги за сучасними класифікаціями МКБ-10 і DSM-V прояви дефіциту уваги та гіперактивності характеризуються:

— невідповідністю нормальним віковим характеристикам і свідчить про недостатній рівень адаптаційних можливостей;

— порушенням уваги;

— гіперактивністю та імпульсивністю;

— появою перших симптомів у віці до 7 років;

— збереженням симптомів щонайменше 6 місяців у такому ступені вираженості, який свідчить про слабку адаптацію дитини;

— проявом недостатньої адаптації в різних ситуаціях і видах оточення (удома і в школі) за умови відповідності рівня інтелектуального розвитку нормальним віковим показникам.

Розглянемо діагностичні критерії РДУГ за DSM-V.

А. Для встановлення діагнозу необхідна наявність симптомів, наведених у розділах (I) і (II):

(I) шість або більше симптомів неуважності, які зберігаються щонайменше 6 місяців і виражені настільки, що свідчать про недостатню адаптацію та невідповідність нормальним віковим характеристикам.

Неуважність

— Часто не здатний утримувати увагу на деталях; через недбалість/легковажність припускається помилок у шкільних завданнях, роботі та інших видах діяльності.

— Зазвичай із труднощами підтримує увагу під час виконання завдань або в ігровій діяльності.

— Часто складається враження, що дитина не слухає звернену до неї мову.

— Часто не може дотримуватися інструкцій і довести до кінця виконання уроків, домашньої роботи чи обов’язків (що не пов’язано з негативною або протестною поведінкою чи нерозумінням завдання).

— Нерідко має труднощі в організації самостійного виконання завдань та інших видів діяльності.

— Зазвичай уникає або висловлює невдоволення щодо виконання завдань, які потребують тривалого розумового напруження (наприклад, шкільних завдань, домашньої роботи).

— Часто губить речі, потрібні в школі та вдома (іграшки, шкільне приладдя, книги, робочі інструменти).

— Легко відволікається на сторонні стимули.

— Часто виявляє забудькуватість у повсякденних ситуаціях.

(II) шість або більше симптомів гіперактивності та імпульсивності, які зберігаються щонайменше 6 місяців і виражені настільки, що свідчать про недостатню адаптацію та невідповідність нормальним віковим характеристикам.

Гіперактивність

— Часто спостерігаються неспокійні рухи рук і стоп; сидячи на стільці, крутиться.

— Часто встає в класі під час уроків або в інших ситуаціях, коли потрібно залишатися на місці.

— Часто проявляє безцільну рухову активність: бігає, крутиться, намагається кудись залізти, причому в ситуаціях, де це неприйнятно.

— Зазвичай не може тихо, спокійно грати або займатися чимось на дозвіллі; часто перебуває в постійному русі, ніби до нього «прикріпили мотор».

— Часто буває балакучим.

Імпульсивність

— Часто відповідає на запитання, не замислюючись і не дослухавши їх до кінця.

— Зазвичай насилу чекає своєї черги в різних ситуаціях.

— Часто заважає іншим, пристає до оточуючих (наприклад, втручається в розмови або ігри) [5, 17].

За DSM виокремлюють три основні форми даного розладу: поєднану форму, РДУГ із переважними порушеннями уваги та РДУГ із переважанням гіперактивності й імпульсивності. Якщо протягом останніх 6 місяців клінічна картина повністю відповідає критеріям розділів (I) і (II), встановлюють діагноз поєднаної форми РДУГ. Вона є найпоширенішою — на неї припадає 50–75% випадків.

За повної відповідності симптомів критеріям розділу (I) і часткової — розділу (II) діагностують «РДУГ з переважними порушеннями уваги». Частка цієї форми становить 20–30% і вона може формуватися як результат поєднаної форми, оскільки прояви гіперактивності до підліткового віку значною мірою регресують.

За повної відповідності симптомів критеріям розділу (II) та часткової — розділу (I) діагноз формулюють як «РДУГ з переважанням гіперактивності і імпульсивності». Ця форма більш типова для дошкільного віку, коли складно підтвердити порушення уваги, а оточення насамперед відзначає надмірно високу рухову активність дитини. На її частку припадає не більше 15% випадків.

З огляду на те, що симптоми дефіциту уваги і гіперактивності можуть змінюватися з віком і зберігатися протягом багатьох років (а інколи — упродовж усього життя), поряд з основними формами додатково виділяють резидуальний тип РДУГ.

Діагноз вважається обґрунтованим лише тоді, коли симптоми характеризуються значною вираженістю, стійкістю та поєднуються між собою. Окремі й тимчасові особливості поведінки, навіть якщо вони частково нагадують РДУГ, не можуть бути підставою для встановлення цього діагнозу.

Разом із тим термінологічне питання і нині залишається відкритим. Поширеною є позиція, за якою гіперактивний розлад з дефіцитом уваги і синдром дефіциту уваги з гіперактивністю, синдром рухової розгальмованості, синдром гіперактивності, гіперкінетичний синдром,

гіпердинамічний синдром трактуються як синоніми й уживаються залежно від належності автора до певної наукової школи. Крім того, на думку М. М. Заваденко, цей діагноз доречно і коректно встановлювати у 7–8 років, коли через початок систематичного навчання в школі істотно зростає функціональне навантаження на дитину [23].

Таким чином, з урахуванням зазначених методологічних труднощів у представленій роботі використовуються терміни «гіперактивність» і «дефіцит уваги», прояви яких у різному ступені характерні для дітей дошкільного віку, включених до експериментальної групи дослідження.

1.2.Клініко-психологічна характеристика дітей із проявами дефіциту уваги та гіперактивності

При аналізі клінічних проявів різних типів розладів дефіциту уваги та гіперактивності, ступеня вираженості основних симптомів і наявності тих чи інших коморбідних розладів були відзначені деякі закономірності їх поєднання. Систематизувавши спостереження, доцільно виділити кілька варіантів клінічної картини РДУГ з урахуванням особливостей патогенезу захворювання і відмінностей у підходах до подальшого лікування.

Ідіопатичний варіант характеризується помірно вираженими проявами неуважності і гіперактивності. Такий варіант розладу може бути генетично детермінований, тобто носити спадковий характер.

Резидуально-органічний варіант характеризується вираженими проявами як неуважність, так і гіперактивність та імпульсивність. Останні часто набувають характеру розгальмованості. В анамнезі у таких дітей можна зустріти відставання в психомоторному розвитку протягом першого року життя, затримку мовленнєвого розвитку. Крім цього, можна відзначити зниження пам'яті, щодо бідний словниковий запас, слабку вираженість інтелектуальних інтересів, запізнювання розвитку емоційно-вольової сфери (інфантилізм). Перебіг захворювання в таких випадках носить відносно

постійний характер. При неврологічному огляді у таких дітей можна помітити порушення дрібної моторики (діспраксія, елементи мозочкової атаксії). Частими супутніми розладами при такому варіанті є енурез, неврозоподібні тики, розлад навченості (дисграфія, дислекція). Причиною розладу в таких випадках, найбільш імовірно, може служити патологія перинатального періоду.

Цереброастенічний варіант характеризується переважанням неуважності, що поєднується з стомлюваністю, порушенням сну, головними болями, напруги. Виражена гіперактивність не реєструється, але відзначається емоційна лабільність, поведінка дітей характеризується примхливістю, дратівливістю. В генезі розвитку клінічної картини грають роль як перинатальна патологія, так і соматичні захворювання. Клінічна картина носить лабільний характер, а погіршення стану відзначається а весняний та осінній періоди і після перенесених соматичних та інфекційних захворювань.

Нервозоподібний варіант характеризується помірно вираженими проявами неуважності, гіперактивності й імпульсивності з супутніми невротичними тиками, заїканням, тривожними розладами. В генезі розвитку клінічної картини грають роль як спадкові і перинатальні патогенетичні фактори, так і психотравмуючі обставини.

Особливості клінічних проявів гіперактивності розлади з дефіцитом уваги:

Гіперактивність. Багато дітей з з дефіцитом уваги та гіперактивністю відрізняються від однолітків високою руховою активністю вже в перший-другий роки життя. Їх неможливо утримати від постійних переміщень по будинку, вони всюди забираются і все хапають руками, при цьому багато речей псуються й ламаються. За словами матерів, варто їм ненадовго залишити таку дитину без нагляду, як через свою невгамовну активність вона може опинитися в небезпечній ситуації і навіть отримати якусь травму.

Дитина з дефіцитом уваги та гіперактивністю зростає, але залишається надзвичайно рухливою, знаходиться в постійному русі, ніби «до неї прикріпили мотор», не здатна всидіти на місці і займатися чимось довго. Ця надмірна активність завжди буває безцільною і не відповідає вимогам конкретної обстановки. Гіперактивність проявляється також ажитованими рухами під час виконання завдань, що потребують посидючості (совається на стільці, не в змозі утримати нерухомими руки і ноги). Крім того, вона зазвичай супроводжується деструктивним поведінкою. Так, діти можуть заважати педагогам і вихователям, відволікати однокласників і провокувати їх неправильну поведінку під час уроків. Важливо враховувати те, що, опинившись у новій обстановці, при зустрічі з незнайомими людьми, дитина з дефіцитом уваги та гіперактивністю зазвичай не проявляє властиву їй гіперактивність, вона на певний час зникає, «гальмується» на тлі хвилювання. Ця обставина може утруднити виявлення розладу під час першої зустрічі фахівця з дитиною і батьками.

Виразність гіперактивності серед дітей з дефіцитом уваги та гіперактивністю варіює, і вона найбільш типова для них в дошкільному та молодшому шкільному віці. Надалі вона проявляється непосидючістю, метушливістю, ознаками занепокоєння (крутиться, крутиться, сидячи на стільці; постійно щось смикає і крутить в руках, трясе ногою і т.д.). Отже, хоча гіперактивність зазвичай служить першим і найбільш яскравим проявом розладу, саме її вираженість поступово зменшується в міру дорослішання дитини.

Імпульсивність. Характерною ознакою розладу являється слабкість контролю імпульсів. Дитина виходить з себе, якщо хід подій або поведінка оточуючих не співпадають з її бажаннями, при цьому кидає на підлогу і навіть псує іграшки, б'є братів, сестер, однокласників. Характерні недотримання правил, поривчастість і необдуманість вчинків. У порівнянні з однолітками діти з дефіцитом уваги та гіперактивністю вимагають більш пильного контролю з боку батьків і педагогів. У більш старшому віці імпульсивність проявляється в труднощах планування і логічних міркувань.

Через імпульсивность у дітей з дефіцитом уваги та гіперактивністю існує підвищений ризик травматизації, тому що вони можуть потрапляти в небезпечні ситуації, не замислюючись про наслідки своїх вчинків. Прийнято вважати, що енурез і енкопрез, зустрічається у дітей з дефіцитом уваги та гіперактивністю частіше, ніж серед їхніх однолітків, також частково пов'язані з притаманною їм імпульсивністю.

Неуважність і відволікання. Порушення уваги виразно проявляються з початком шкільного навчання. За описами вчителів, діти з дефіцитом уваги та гіперактивністю здатні зберігати увагу не довше декількох хвилин. Порушення уваги є причиною поганого виконання шкільних завдань і проявляються в труднощах його утримання (дитина незібрана, нездатна завершити завдання), зниженні показники вибірковості уваги (нездатна надовго зосередитися на діяльності), виражені перемикання з одного заняття на інше. Через високе відволікання діти з дефіцитом уваги та гіперактивністю не здатні доводити виконання завдань до кінця, погано прислухаються до пояснень вчителя, пропускаючи при цьому важливі деталі, схильні до забудькуватості і безладу, часто втрачають підручники, зошити, ручки та інші шкільні приналежності. Дефіцит уваги буває особливо проявленим у нових для дитини ситуаціях, коли їй потрібно діяти без сторонньої допомоги.

Разом з тим показники уваги дітей з дефіцитом уваги та гіперактивністю підлягають суттєвим коливанням. Гірше за все вони виконують завдання, що вимагають тривалих зусиль і зосередженості уваги, які здаються їм нудними, повторюваними, занадто важкими, не приносячи ми задоволення і не підкріплені заохоченнями. Навпаки, під час улюблених занять та ігор діти не тільки успішно справляються з поставленими завданнями, але можуть утримувати увагу до кількох годин. Подібна риса пов'язана із зацікавленістю, захопленістю та задоволенням від цієї діяльності, і повинна використовуватися при плануванні корекційних занять.

Діагностика порушень дітей з дефіцитом уваги та гіперактивністю повинна будуватися з урахуванням вікової динаміки цього стану. Симптоматика дефіциту уваги та гіперактивності проявляється по-різному в дошкільному, молодшому шкільному та підлітковому віці. Посилення симптомів нерідко проявляється при відвідування дитячого садка або школи, що пов'язано зі збільшенням навантажень на ЦНС дитини.

У віці 3-7 років зазвичай проявляються гіперактивність та імпульсивність. Такі діти часто характеризуються, як не вміють себе вести або занадто темпераментні. Вони вкрай нетерплячі, сперечаються, кричать, що нерідко закінчується спалахами сильного роздратування. Під час ігор їх енергія б'є через край, і тому самі ігри мають руйнівний характер. Вони неакуратні, часто кидають, ламають речі або іграшки, неслухняні, погано підкоряються вимогам дорослих, можуть проявляти агресивність до оточення. Багато дітей відстають від однолітків у розвитку мовлення.

У молодшому шкільному віці вимоги до навчання в школі такі, що дитина з дефіцитом уваги та гіперактивністю не в змозі їх виконати в повній мірі. Оскільки його поведінка не відповідає віковій нормі, в школі їй не вдається досягти результатів, які відповідають здібностям (загальний рівень інтелектуального розвитку дітей з дефіцитом уваги та гіперактивністю знаходиться в рамках вікових нормативів). Характерне формування шкільної дезадаптації та наростання проблем у взаєминах з оточуючими і труднощів поведінки. Нерідко у дітей з дефіцитом уваги та гіперактивністю спостерігаються прості і соціальні фобії, задерикуватість, опозиційна і агресивна поведінка. При цьому більшості з них властиві слабка психоемоційна стійкість при невдачах і занижена самооцінка.

Гіперактивність продовжує залишатися вираженою до 7-9 років, а потім поступово слабшає. Однак ознаки імпульсивності і особливо порушення уваги в умовах шкільного навчання виступають в особливо яскравій формі. Під час уроків їм складно справлятися із запропонованими завданнями, так як вони відчувають труднощі в організації роботи, погано

запам'ятовують навчальні матеріали і не можуть правильно застосовувати їх, забувають умови завдання. Навички читання і письма у цих дітей сформовані гірше, ніж у однолітків.

Все це призводить до постійних конфліктів, а в шкільному колективі дитина стає небажаною. Зіштовхуючись з подібним ставленням, діти з дефіцитом уваги та гіперактивністю часто свідомо вибирають для себе роль класного блазня, сподіваючись налагодити відносини з однолітками. Але спілкуватися з ними звичайно готові лише діти молодшого віку або однолітки, які мають аналогічні поведінкові проблеми.

У підлітковому віці клінічні прояви продовжують відзначатися не менш ніж у 50-80% дітей з дефіцитом уваги та гіперактивністю. Гіперактивність у підлітків значно зменшується або зникає, проте імпульсивність і порушення уваги зберігаються. Для них характерні несамостійність, безвідповідальність, труднощі в організації і завершенні виконання доручень і особливо тривалої за часом роботи, з якими вони як і раніше не в змозі впоратися без сторонньої допомоги. Нерідко погіршується успішність у школі, зростають труднощі у взаєминах в сім'ї та школі, порушення поведінки. Багатьох підлітків з дефіцитом уваги та гіперактивністю відрізняють безрозсудна поведінка, поєднана з невиправданим ризиком, труднощі в дотриманні правил поведінки, невиконання вимог дорослих - уже не тільки батьків і педагогів, а й офіційних осіб, наприклад, представників шкільної адміністрації або працівників міліції. Підлітки з дефіцитом уваги та гіперактивністю схильні до залучення в підліткові угрупування, вчинення правопорушень, вживання алкоголю і наркотиків.

Дефіцит уваги та гіперактивність тривалий час розглядали як розлад дитячого віку. Проте у 20-35% пацієнтів симптоми дефіциту уваги і гіперактивності, зазнаючи певну вікову трансформацію, продовжували відзначатися в зрілому віці. Найбільш виразно вони виявляються в тих ситуаціях, коли від людини потрібна зібраність і відповідальність [33, 27]. У

дорослих з дефіцитом уваги та гіперактивністю відзначаються забудькуватість, неуважність, неорганізованість, відсутність достатніх навичок планування, у тому числі часу для своєї діяльності, труднощі розмежуванні головного і другорядного, недостатність ініціативи, труднощі з доведенням до кінця роботи над різними завданнями , проектами, часті зміни місця роботи, проблеми в сімейному житті (конфлікти, повторні шлюби і розлучення), слабка воля з проявами негативних емоцій, проблем і розчарувань.

Таким чином, перебіг РДУГ зазвичай приймає тривалий, багаторічний характер, і від його проявів страждають не тільки самі діти, а також члени їх сімей, суспільство в цілому. Тому зусилля фахівців повинні бути спрямовані на своєчасну діагностику і корекцію порушень, що належать до кола розладів дефіциту уваги і гіперактивності.

1.3.Специфіка порушень процесів активації, гальмування та саморегуляції у дітей із проявами гіперактивності та дефіциту уваги у дошкільному віці

Найбільш яскраво гіперактивність виявляється у дітей у старшому дошкільному та молодшому шкільному віці. В цей період здійснюється перехід до провідної навчальної діяльності і в зв'язку з цим збільшуються інтелектуальні навантаження: від дітей потрібні вміння концентрувати увагу на більш тривалому відрізку часу, доводити почату справу до кінця, домагатися певного результату. Саме в умовах тривалої і систематичної діяльності гіперактивність заявляє про себе дуже переконливо. Батьки раптом виявляють численні негативні наслідки непосидючості, неорганізованості, надмірної рухливості своєї дитини і, стурбовані цим, шукають контактів з психологом.

У старшому дошкільному віці у дітей формується довільність уваги, збільшується час, відведений на заняття, що вимагає від дітей посидючості,

саморегуляції. Емоційний розвиток дітей з дефіцитом уваги та гіперактивністю як правило затримується, що проявляється неврівноваженістю, запальністю, заниженою самооцінкою. Дані ознаки часто поєднуються з тиками, головними болями, страхами. Не дивлячись на те, що діти з дефіцитом уваги та гіперактивністю мають високий або достатній розвиток інтелекту, їм складно справлятися на заняттях з пропонованими завданнями, тому що вони мають труднощі в організації та закінченні роботи. Такі діти дуже швидко відволікаються і навіть можуть відмовлятися від виконання завдання. Їхні роботи виглядають неохайно, вони чітко не виконують інструкції вихователя. Відповіді на поставлені питання вони просто вгадують не замислюючись про причинно-наслідкові зв'язки. Діти з дефіцитом уваги та гіперактивністю не в змозі відповідально ставитися до виконання повсякденних доручень, надавати елементарну допомогу в організаційних моментах. Зауваження та покарання не призводять до бажаних наслідків. В силу своєї нетерплячості і легкої збудливості діти з гіперактивністю вступають досить часто в конфлікти з ровесниками і дорослими. Слід зазначити, що діти з дефіцитом уваги та гіперактивністю не визнають авторитетів, не здатні передбачити результати своєї поведінки. Якщо у дитини можуть складатися стосунки з одним-двома партнерами, то в великій групі дітей, наприклад, під час колективної гри, виконувати правила їй не під силу. Вона часто є джерелом конфліктних відносин. Гіперактивна дитина самостійно може модифікувати правила гри, але біда в тому, що дотримуватися правила не вдається. І дуже часто діти відмовляються приймати правила свого гіперактивного товариша, на цьому фоні можуть виникнути зіткнення, в результаті яких гіперактивний дитина може проявляти агресію. Дефіцит уваги, самоконтролю та контролю підтверджується наступними особливостями поведінки дітей: переключенням з однієї справи на інше, недостатньо чіткою просторовою координацією руху (заїжджає за контури малюнка, зачіпає при ходьбі за кути).Тіло дитини як би не "вписується" в простір, зачіпаючи предмети,

наштовхуючись на простінки, дверні прорізи. Незважаючи на те, що нерідко у таких дітей "жива" міміка, швидка мова, рухливі очі, вони часто виявляються як би поза ситуації: застигають, вимикаються, "випадають" з роботи і з усієї ситуації, тобто "йдуть" з неї, а потім, через деякий час, знову до неї "повертаються".

Діти з дефіцитом уваги та гіперактивністю часто страждають від порівняння з іншими дітьми: постійні зауваження дорослих сприяють формуванню заниженою самооцінки. Без проведення цілеспрямованої роботи з дітьми з дефіцитом уваги та гіперактивністю в старшому дошкільному віці вони не готові до шкільного навчання у зв'язку з уповільненням темпів функціонального дозрівання кори головного мозку і підкіркових структур. Тому питання про готовність до школи для гіперактивних дітей має вирішуватися в кожному конкретному випадку психологом і спостерігає дитину лікарем.

Психологи виділяють наступні ознаки, які є діагностичними симптомами гіперактивних дітей [2, 21, 59].

1. Неспокійні рухи в кистях і стопах. Сидячи на стільці, корчиться, звивається.

2. Не може спокійно сидіти на місці, коли цього від нього вимагають.

3. Легко відволікається на сторонні стимули.

4. Насилу чекає своєї черги під час ігор і в різних ситуаціях в колективі (на заняттях, під час екскурсій і свят).

5. На питання часто відповідає, не замислюючись, не вислухавши їх до кінця.

6. При виконанні запропонованих завдань зазнає труднощів (не пов'язані з негативною поведінкою або недостатністю розуміння).

7. Насилу зберігає увагу при виконанні завдань або під час ігор.

8. Часто переходить від одного незавершеної дії до іншого.

9. Не може грати тихо, спокійно.

10. Балакуча.

11. Часто заважає іншим, пристає до оточуючих (наприклад, втручається в ігри інших дітей).

12. Часто складається враження, що дитина не слухає звернену до нього мову.

13. Часто втрачає речі, необхідні в дитячому садку, вдома, на вулиці.

14. Іноді робить небезпечні дії, не замислюючись про наслідки, але пригод або гострих відчуттів спеціально не шукає (наприклад, вибігає на вулицю, не озираючись по сторонах).

Психологічний портрет гіперактивної дитини проявляється невластивими для нормальних вікових показників надлишкової руховою активністю, дефектами концентрації уваги, відволіканням, імпульсивністю поведінки, проблемами у взаєминах з оточуючими і труднощами в навчанні. Порушення уваги виявляється передчасним перериванням виконання завдань і розпочатої діяльності. Діти легко втрачають інтерес до завдання, так як їх відволікають інші подразники. Рухова гіперактивність означає не тільки виражену потребу в рухах, але і надмірне занепокоєння, яке особливо виражено тоді, коли дитині потрібно вести себе відносно спокійно. В залежності від ситуації це може проявлятися в бігання, стрибках, у вставанні з місця, а також у вираженій балакучості і галасливому поведінці, розгойдуванні і вертлявості. Перш за все, це спостерігається в структурованих ситуаціях, що вимагають високого ступеня самоконтролю. Імпульсивність, або схильність до занадто швидким, необдуманим діям, проявляється як у повсякденному житті, так і в ситуації навчання. В школі і в будь-якої навчальної діяльності у таких дітей спостерігається "імпульсивний тип роботи": вони насилу чекають своєї черги, переривають інших і викрикують свої відповіді, не відповідаючи на питання повністю. Частина дітей через свою імпульсивності легко потрапляє в небезпечні ситуації, не замислюючись про наслідки. Ця схильність до ризику часто стає причиною травм і нещасних випадків. У більшості випадків імпульсивність не можна назвати минущим симптомом, вона зберігається в процесі розвитку і

дорослішання дітей найбільш довго. Імпульсивність, часто поєднуючись з агресивним і опозиційним поведінкою, призводить до труднощів у контактах та соціальної ізоляції.

Порушення активації. Дітям з дефіцитом уваги та гіперактивністю властивий патологічній рівень псіхічної активації, який може бути дуже високий або частіше дуже низьким. Гіперактівність є наслідком самостімуляції, яку дитина використовує для підтримки достатності рівня ясності свідомості.

Порушення саморегуляції. Діти з дефіцитом уваги та гіперактивністю виявляють якісні порушення розумової та вербальної саморегуляції поведінки. Порушення саморегуляції призводять до імпульсивності, зумовлюють нездатність докладати постійні зусилля для Досягнення мети, прагнення негайно отримувати винагороди.

Порушення гальмування. Діти з дефіцитом уваги та гіперактивністю виявляють порушення процесів гальмування поведінкових реакцій, що означає повну нездатність уповільнити свої реакції на події або припинити будь-яку дію, коли вона вже почалася. Порушення гальмування у дітей з дефіцитом уваги та гіперактивністю зумовлює низку проблем, пов'язаних із формуванням у них когнітивних, мовленнєвих и моторних навичок.

Порушення мотивації. У дітей з дефіцитом уваги та гіперактивністю спостерігається надмірна чутливість до заохочення та покарань. Унаслідок підвищеної чутливості до заохочення діти поводять нормально, якщо часто їх отримують. Відсутність частини заохочення, вимоги, у разі яких дитина не має можливості відчувати себе успішною, або покарання легко призводять до втрати мотивації, до неуважності та імпульсивної поведінки. Мотиваційна сторона діяльності у дітей з дефіцитом уваги та гіперактивністю страждає. Дитині не вистачає спонукань, щоб розпочати діяльність або її продовжити. Дитину має щось дуже сильно зацікавити, щоб вона могла цим займатися досить довго і продуктивно.

Неуважність. Якщо людина уважністю, вона, як правило, глибше відчуває. Чим уважніше людина, тим він краще розуміє переживання інших людей. Дуже часто дитина з дефіцитом уваги та гіперактивністю погано себе поводить і не звертає уваги на оточуючих. Вона неуважна до інших людей по своїй природі. Гіперактивна дитина може просто не розуміти, що приємно іншій людині, а що неприємно і бути байдужою до переживань інших людей.

Розуміння інших людей та їх переживань може зайняти довгий період часу. Батьки повинні цілеспрямовано працювати в цьому напрямку. Заняття з психологом також можуть допомогти.

Затримка емоційного розвитку. Різні емоційні порушення у дитини з дефіцитом уваги та гіперактивністю поширене явище. Вона відстає в емоційному розвитку і повільно дорослішає. Це проявляється запальністю, дратівливістю, нестриманістю. Діти з дефіцитом уваги та гіперактивністю дуже часто відстають в психоемоційному розвитку, але вони, зазвичай, прагнуть керувати іншими дітьми. Це одна з причин поганих відносин з однолітками. Дорослішають такі діти повільніше. Це не означає, що вони взагалі ніколи не подорослішають. Процес дорослішання розтягується у них на більш довгий час і він йде не лінійно, а стрибками. Молодим людям з дефіцитом уваги та гіперактивністю потрібно більше часу на те, щоб стати відповідальним, і самостійним, більше підтримки сім'ї та професійної допомоги.

Невідповідність розвитку та інтелекту. Гіперактивні діти можуть мати хороший загальний інтелект. Серед них можуть бути обдаровані люди. Але розвинути інтелект повною мірою заважають порушення розвитку. Існує певний некомпенсоване невідповідність між рівнем розвитку та інтелектом. Це виявляється і в соматичної сфері та в особливостях поведінки. Через те, що стримують центри не досконалі, різні відхиляються варіанти поведінки можуть зберігатися і у дорослих людей. При цьому, дорослі люди вже не демонструють розгальмування і цілком можуть концентрувати свою увагу.

Система інтересів. При розладах з дефіцитом уваги та гіперактивністю негативному впливу піддається сфера формування інтересів і потреб. В умовах, коли дитина стає ізгоєм в сім'ї і позбавляється підтримки, може вирости людина з неправильними моральними орієнтирами.

Будь-якій людині щось подобається в навколишньому середовищі, а щось викликає негативні емоції в кожен окремий момент життя Дитина з дефіцитом уваги та гіперактивністю відчуває певні труднощі встановлення емоційного контакту з навколишнім середовищем. Їй досить складно відчувати себе комфортно в повсякденних ситуаціях і отримувати задоволення, позитивні емоції просто від того, що вона бачить або чує. Ця проблема зберігається і в дорослому віці. Замість вибіркових емоційних переваг дитина з дефіцитом уваги та гіперактивністю реагує на всі подразники однаково. Світ повний різних стимулів і всі вони однаково цікаві. Природно, людині, що володіє такою особливістю, важко спрямовувати свою увагу на щось одне.

Дитина знаходить джерела стимуляції в різних ризикованих або збуджуючих ситуаціях. Є досить багато дітей з дефіцитом уваги та гіперактивністю, які стимулюються емоціями інших людей, особливо негативними. Деякі діти навмисно проявляють непослух, дражнять, викликають негативні реакції у людей. Це їх підживлює і приносить задоволення. Такі негативні прояви особливостей розладів з дефіцитом уваги та гіперактивністю є ще однією вагомою причиною для активного пошуку цікавого заняття, того, що буде доставляти задоволення дитині.

Дратівливість і емоційна лабільність. Діти з дефіцитом уваги та гіперактивністю дуже часто дратівливі й емоційно лабільні. Вони легко переходять від сміху до сліз. Настрій таких дітей дуже мінливе. У своїх емоційних і поведінкових проявах вони бувають непередбачувані. Дратівливість досить легко можна зняти слабкими стимулами, якщо чимось здивувати або збентежити, сказати або зробити щось незвичайне. Треба обов'язково з'ясувати, що виводить дитину з себе. Цілком можливо, що

дитина рветься до гніву, бо їй треба виконувати домашнє завдання або якусь роботу, що вимагає розумових зусиль. Треба працювати з дитиною щодня, давати їй нескладні завдання і вчити її правильно реагувати на різні важкі ситуації. Це допоможе навчитися контролювати свою поведінку.

Надмірне реагування. Діти з дефіцитом уваги та гіперактивністю імпульсивні і їм дуже важко відкласти отримання бажаного або задоволення на потім. Їм буває важко чекати своєї черги або коли їх запитає учитель. Вони відповідають з місця або перебивають інших людей. У шкільних класах найчастіше вони є ініціаторами соціальних відносин. Але у них спостерігається надмірне емоційне реагування, не відповідає змісту ситуації. Вони демонструють несприйнятливість до соціальним очікуванням і відтінкам міжособистісних відносин.

Коливання поведінки у дітей з дефіцитом уваги та гіперактивністю різні в різний час доби і в різних ситуаціях, тому поведінка дитини непередбачувана. Вона не може довго грати, успішно спілкуватися, встановлювати дружні стосунки з однолітками.

Подібні прояви обумовлено нездатністю або ж відсутністю належного досвіду направляти свою увагу і мислення в потрібне русло. Тренування вольових якостей та уваги могли б полегшити для дитини завдання соціальної адаптації та встановлення міцних відносин зі своїми однолітками.

Страхи і тривожність. Батьків має стурбувати наявність страхів, тривожного стану, дивні висловлювання, реакції негативізму і агресивність, які вони спостерігають у своєї дитини. Починаючи вчитися систематично, дитина відчуває різні навчальні труднощі. На тлі цих труднощів і відставання у розвитку соціальних навичок можуть відбутися невротичні розлади.

Таким чином, можна узагальнити основні характерні для даних дітей порушення психічної діяльності:

— Порушення уваги виявляється передчасним перериванням виконання завдань і розпочатої діяльності. Діти легко втрачають інтерес до завдання, так як їх відволікають інші подразники.

— Рухова гіперактивність означає не тільки виражену потребу в рухах, але і надмірне занепокоєння, яке особливо виражено тоді, коли дитині потрібно вести себе відносно спокійно. В залежності від ситуації це може проявлятися в бігання, стрибках, у вставанні з місця, а також у вираженій балакучості і галасливому поведінці, розгойдуванні і вертлявості.

— Імпульсивність, або схильність до занадто швидким, необдуманим діям, проявляється як у повсякденному житті, так і в ситуації навчання. В школі і в будь-якої навчальної діяльності у таких дітей спостерігається "імпульсивний тип роботи": вони насилу чекають своєї черги, переривають інших і викрикують свої відповіді, не відповідаючи на питання повністю. Частина дітей через свою імпульсивності легко потрапляє в небезпечні ситуації, не замислюючись про наслідки.

— Труднощі в контактах і соціальна ізольованість є частими симптомами, що утрудняють відносини з батьками, вчителями, однолітками. Такі діти часто не відчувають дистанцію між собою і дорослим (педагогом, психологом), проявляють панібратське ставлення до нього. Їм важко адекватно сприймати і оцінювати соціальні ситуації, будувати свою поведінку відповідно до них.

Специфічні особливості і труднощі в навчанні таких дітей:

—недорозвинення пізнавальних процесів (дефіцит пам'яті, уваги, недостатність розвитку мислення);

—труднощі поведінкового характеру (гіперактивність);

—труднощі психофізіологічного порядку (явна і прихована ліворукість, недорозвинення дрібної моторики руки, гіпертонус або гіпотонус м'язів).

Таким чином, прояви дефіциту уваги та гіперактивності визначають не тільки надлишкова рухова активність і імпульсивність поведінки, але також порушення когнітивних функцій (уваги і пам'яті) і рухова незручність, обумовлена статико-локомоторною недостатністю. Ці особливості значною мірою пов'язані з недостатністю організації, програмування і контролю психічної діяльності і вказують на важливу роль дисфункції префронтальних відділів великих півкуль головного мозку в генезі РДУГ [47, 16].

Крім перерахованих проявів у дітей з дефіцитом уваги та гіперактивністю, багато авторів вказують на агресивність, негативізм, упертість, брехливість, а також низьку самооцінку (Бужинецька К., Грищенко С. В., Князєв В. М. та ін).

Висновок до розділу 1

Теоретичний аналіз поняття засвідчив, що феномен гіперактивності та дефіциту уваги пройшов тривалу еволюцію — від уявлень про мінімальні мозкові дисфункції до сучасніших діагностичних підходів у межах міжнародних класифікацій. Клініко-психологічна характеристика показала неоднорідність проявів: симптоми можуть відрізнятися за інтенсивністю, домінуванням (неуважність або гіперактивність/імпульсивність), динамікою та супутніми труднощами. Гіперактивність часто є найпомітнішою у дошкільному та молодшому шкільному віці й з віком може зменшуватися, тоді як неуважність і імпульсивність нерідко зберігаються довше і стають провідними факторами навчальної дезадаптації. Велике значення мають коморбідні прояви (мовленнєві затримки, тики, енурез, тривожність, труднощі навчання), які підсилюють загальну дезадаптацію та потребують міждисциплінарного супроводу.

Центральним психологічним механізмом у структурі проявів є порушення процесів активації, гальмування та саморегуляції. Для дошкільників із проявами дефіциту уваги та гіперактивності типовими є: нестійкість довільної уваги і контролю, швидке виснаження в структурованих ситуаціях, імпульсивність як слабкість гальмівних процесів, труднощі планування і завершення діяльності, а також підвищена емоційна лабільність. У сукупності ці особливості зумовлюють труднощі дотримання правил у групі, конфліктність, ризик негативного оцінювання з боку дорослих та формування заниженої самооцінки, що підкреслює необхідність своєчасної підтримки.

Отже, прояви дефіциту уваги та гіперактивності у дошкільному віці мають багатофакторний і динамічний характер, пов’язані з незрілістю

регуляторних функцій та контекстом вимог, а їхня своєчасна діагностика й рання комплексна корекційна робота є умовою профілактики шкільної дезадаптації та вторинних емоційно-поведінкових ускладнень.

РОЗДІЛ 2.
ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ ІЗ ПРОЯВАМИ ДЕФІЦИТУ УВАГИ ТА ГІПЕРАКТИВНОСТІ

2.1. Аналіз напрямів психокорекції проявів дефіциту уваги і гіперактивності у дітей

Раннє виявлення проявів дефіциту уваги та гіперактивності у дітей дошкільного віку і невідкладне проведення корекційних заходів із застосуванням ефективтивних сучасних методів дозволяють досягти значних результатів у оптимізації психічного розвитку і соціальній адаптації дитини.

Психологічна корекція проявів дефіциту уваги та гіперактивності у дітей дошкільного віку повинна носити комплексний характер і об'єднувати різні підходи, у тому числі методи модифікації поведінки, а також спеціальні педагогічні прийоми і навички для батьків і педагогів [44, 6].

У різних країнах підходи до лікування та корекції РДУГ можуть відрізнятися, проте незважаючи на ці відмінності, більшість фахівців вважають найбільш ефективним комплексний підхід, який поєднує в собі кілька методів, індивідуально підібраних в кожному конкретному випадку [13, 51]. Використовуються методи модифікації поведінки, психотерапії, педагогічної та нейропсихологічне корекції. Медикаментозна терапія призначається за індивідуальними показаннями в тих випадках, коли порушення з боку когнітивних функцій і проблеми поведінки у дитини з дефіцитом уваги та гіперактивністю у дітей дошкільного віку не можуть бути подолані лише з допомогою немедикаментозних методів.

Робота з корекції проявів дефіциту уваги і гіперактивності мають бути своєчасними і обов'язково включати:

— прийоми сімейної та поведінкової терапії, що забезпечують кращу взаємодію в сім'ях з дітьми з проявами дефіцита уваги та гіперактивності;

— формування навичок соціальної взаємодії в ході спеціальних корекційних занять;

— корекцію плану навчання - через особливу подачу навчального матеріалу і створення такої атмосфери на занятті, яка максимально підвищує можливості успішного навчання дітей;

— лікарську терапію, яка призначається за індивідуальними показаннями тоді, коли когнітивні та поведінкові порушення не можуть бути подолані лише за допомогою методів поведінкової терапії, психолого-педагогічної корекції та психотерапії.

Виділяють наступні підходи до медико-психологічної допомоги дітям із проявами дефіциту уваги та гіперактивністю:

Нейропсихологічний. У межах даного підходу за допомогою різних вправ дитина спрямовується на попередні етапи онтогенезу і наново перебудовуються ті функції, які сформувалися некоректно і вже закріпилися. Для цього їх потрібно, як будь-який інший неефективний процес цілеспрямовано розкрити, розгальмувати, зруйнувати і створити нову навичку, яка більш відповідає ефективній роботі. І це здійснюється на увсіх рівнях організації розумової діяльності.

Синдромальний. У межах психокорекції принципово важливо розрізняти намір дитини (“я хочу вчитися і поводитися відповідно до норм”) та її реальні можливості саморегуляції. Навіть за умов належного виховання і сформованої навчальної мотивації шкільна ситуація вимагає одночасного виконання кількох складних завдань: зберігати відносну нерухомість, утримувати довільну увагу на навчальному матеріалі та гальмувати імпульсивні реакції. Це створює перевантаження регуляторних механізмів, тому корекційна логіка має будуватися не на моральних очікуваннях “повинен/не повинен”, а на розумінні функціонального профілю труднощів і поступовому розвитку окремих компонентів самоконтролю.

Синдромальний підхід у цьому контексті орієнтується на поетапне тренування дефіцитарних функцій, зниження “подвійних” і “потрійних”

вимог до дитини та створення умов, у яких вона може демонструвати успіх. Практично це означає, що спочатку дитині пропонують діяльність, яка викликає інтерес і забезпечує залучення. У такій діяльності довільні зусилля частково заміщуються постдовільною увагою: після включення в зміст концентрація підтримується більш природно, без постійного “натиску волі”. Саме тому можливість довго утримуватися в захопливій активності (зокрема цифровій) не заперечує наявності проблеми уваги, а радше демонструє різницю між режимом довільної та постдовільної регуляції. Корекційно значущим є перенесення цього ресурсу (інтересу/залученості) на структуровані види діяльності з правилами, де поступово вибудовується контроль.

Окреме місце посідають рухливі ігри з правилами, які “дозволяють рух” і водночас вимагають високої точності уваги та слідування інструкції. У межах гри імпульсивність чи енергійність можуть давати ситуативну перевагу, однак саме правила примушують дитину тренувати утримання умов, переключення та самогальмування. Далі послідовно підключаються завдання на стриманість і зупинку реакції (очікування сигналу, пауза перед дією), а також на організацію поведінки (доведення справи до завершення, робота за короткими кроками). Важливий принцип: складні прояви розглядаються як поєднання кількох функцій, тому корекція відбувається “по мірі надходження” - через розв’язання конкретних задач окремо, а вже потім їх інтеграцію в навчальній ситуації.

Поведінковий (біхевіоральніий) підхід акцентує увагу на формуванні та згасанні конкретних поведінкових шаблонів через керування наслідками поведінки. Центральними механізмами виступають систематичне позитивне підкріплення бажаних дій, ясні й послідовні правила, прогнозовані наслідки та навчання альтернативній поведінці. Такі методи спрямовані на підвищення керованості поведінки в реальних умовах школи і сім’ї, зменшення дезорганізації та конфліктів, а також на створення для дитини досвіду успіху. Важливим є обережне й етично коректне використання

обмежувальних процедур (на кшталт короткого “тайм-ауту”) як паузи для відновлення самоконтролю, а не як кари чи приниження.

Підходи, зорієнтовані на роботу з особистістю та сімейною системою, розглядають прояви дефіциту уваги та гіперактивністю не лише як індивідуальні симптоми, а як фактор, що впливає на стосунки й виховні практики. Сімейна психотерапія та тренінги батьківської компетентності спрямовані на зміну поведінки дорослих, узгодження вимог, зниження хаотичності й суперечливості виховання, формування підтримувального стилю взаємодії. Це важливо, оскільки непослідовні правила, конфлікти між дорослими та “подвійні стандарти” швидко підсилюють проблемну поведінку, а також створюють для дитини поле для напруги й дезорієнтації. Психоосвіта сім’ї (пояснення природи труднощів, зняття взаємних звинувачень, конкретні інструкції щодо режиму, правил і підкріплення) розглядається як одна з базових умов ефективної корекції.

Ігрова психотерапія подається як одна з найбільш природних і продуктивних форм корекційної роботи з дітьми, оскільки гра забезпечує можливість тренувати довільність психічних процесів (увагу, пам’ять, саморегуляцію), розвивати соціальні навички, знижувати емоційну напругу і водночас зберігати мотиваційне залучення. Залежно від теоретичних засад і ролі дорослого, ігротерапія може бути директивною (структурування гри, задані правила й ролі, навчання конкретним способам реагування) або недирективною (розширення самовираження, опора на ініціативу дитини, корекція через відносини і підтримку). Ігрові формати можуть застосовуватися індивідуально, групово або у сімейному варіанті, коли робота спрямована одночасно на навички дитини й на взаємодію в системі “дитина - дорослий”.

Ігрова терапія - це найбільш природна і ефективна форма роботи з дітьми та підлітками. У роботі з дітьми раннього віку (від 1 року до 3 років) ігротерапія іноді стає єдино можливим методом корекції. Діти більш спонтанні і менш здатні до рефлексії своїх почуттів і дій, ніж дорослі, їх

переживання в процесі гри носять більш безпосередній характер, не проходячи «цензуру» Особливо ефективна ігротерапія при корекції соціального інфантилізму, агресивності в поведінці, труднощів у навчанні, які найчастіше і є причиною звернення батьків дитини з із проявами дефіциту уваги та гіперактивністю до лікаря або психолога.

Ігрова терапія застосовується в роботі з гіперактивними дітьми для того, щоб допомогти їм подолати поведінкові проблеми, часто виникають внаслідок імпульсивності, складності саморегуляції. Вона «... представляє унікальний досвід для соціального і психічного розвитку дитини. Ігрова діяльність активізує формування довільності психічних процесів: довільної уваги і пам'яті, сприяє розвитку розумової діяльності ... удосконалення опорно-рухової і вольової активності. У процесі терапії дитина з із проявами дефіциту уваги та гіперактивністю починає краще розуміти свої почуття, вчиться приймати самостійні рішення, робити вибір.

Крім того, підвищується її самооцінка, поліпшуються комунікативні навички

Пісочна терапія (sandplay) і ширше — проективно-символічні техніки — використовуються як способи доступу до переживань дитини, які вона не здатна повноцінно вербалізувати. Створення “світу в мініатюрі” через пісок і фігурки дозволяє опредметнити внутрішній досвід, знизити напругу, опрацювати тривогу та конфлікти у безпечній формі. Ці методи особливо доречні, коли мовленнєва самопрезентація обмежена, а також за наявності супутніх емоційних труднощів. Багато сучасних психологи застосовують цей метод у своїй роботі. Це одна з технік аналітичного процесу, під час якого дитина (а іноді і дорослий) будує власний світ у мініатюрі з піску. На думку А. Фрейд та М. Кляйн, спонтанні ігри допомагають відкривати доступ до несвідомого дитини. Граючи з піском, дитина встановлює зв'язок зі своїми несвідомими спонуканнями, висловлює їх в образній формі, що значно знижує психічну напругу.

Для проведення пісочної терапії необхідна пісочниця з чистим просіяним піском і набір маленьких фігурок, іграшок. Форма пісочниці впливає на несвідоме дитини і результат його може бути як круглої, так і квадратної або прямокутної. У набір іграшок можуть бути включені: маленькі чоловічки, будиночки, тварини, рослини, домашнє начиння, флакони з-під парфумів, гаєчки, маленькі камінчики і т. д. Перед початком сесії фігурки розставляються або за темами, або хаотично. Дитина відтворює на піску те, що спонтанно виникає протягом заняття. В процесі заняття дитина висловлює свої спонтанні думки і бажання, які поки ще не може (або не хоче) передавати нам вербально і прямо. Він може використовувати мініатюрні фігурки людей, тварин, дерев, будівель, автомобілів, мостів та інших, щоб відтворити з їх допомогою свій світ, досліджувати свої проблеми.

Цей метод доцільно використовувати, зокрема, в роботі з дітьми від трьох років, коли мовне спілкування може бути ускладнене. Ефективний він і в роботі з підлітками, що мають різні форми порушень поведінки, складності у взаєминах з батьками, вчителями та однолітками.

Арттерапевтичний підхід (малювання, ліплення, робота з матеріалами) розглядаються як ефективний інструмент регуляції емоційних станів і розвитку внутрішнього контролю. Творча діяльність створює канал для вираження інтенсивних почуттів у соціально прийнятній формі, сприяє зниженню м’язової та емоційної напруги, а також підтримує самооцінку через досвід продуктивності й успіху поза суто академічними вимогами. Додатковою перевагою є те, що артпрактики допомагають формувати навички вибору, планування і доведення діяльності до завершення — компонентів, які часто страждають у дітей з дефіцитом уваги та гіперактивністю.

Музикотерапевтичні впливи зазвичай розглядають як допоміжні: вони можуть підтримувати стабілізацію емоційного стану, сприяти ритмізації поведінки і зниженню надмірної активації, але найбільшу ефективність демонструють у поєднанні з поведінковими, ігровими, сімейними та навчально-організаційними стратегіями.

Вибір психокорекційних методів пов’язують із потребами дитини, запитом сім’ї, цілями супроводу та можливостями спеціаліста. Перед початком роботи доцільним вважається збір інформації про дитину (зокрема про діагноз і медичний супровід, попередній досвід допомоги, позицію педагогів), формування узгоджених цілей і правил співпраці з батьками, визначення меж конфіденційності та способів зворотного зв’язку. У межах міждисциплінарного підходу психологічна корекція може поєднуватися з медикаментозною підтримкою за призначенням лікаря; при своєчасній діагностиці та комплексності втручань підвищується ймовірність компенсації порушень саморегуляції та успішної адаптації дитини.

Вибір методів психокорекції залежить від потреб дитини, цілей, які ставлять дорослі перед психологом (психотерапевтом), і, нарешті, можливостей фахівця, який працює з дитиною. Перш ніж вирішити, який вид психотерапії є найбільш ефективним в кожному конкретному випадку, необхідно зібрати відомості про дитину: дізнатися його медичний діагноз, методи медикаментозного лікування, по можливості рекомендації фахівців, що працювали з дитиною раніше і працюють в даний час (лікаря, психолога, педагогів і т. д.). Після цього психотерапевт (психолог) запрошує сім'ю (або одного з батьків) для отримання додаткових відомостей про дитину та складання контракту. Фахівець надає батькам можливість повідомити про дитину все, що вони вважатимуть за потрібне: його позитивні риси характеру, слабкі сторони, улюблені і нелюбимі види діяльності, проблеми і труднощі у вихованні і т. д. Після цього окреслюється коло проблем, які батьки хотіли б вирішити в ході психотерапевтичної діяльності.

Враховуючи інтереси дитини, запит батьків і свої професійні можливості, фахівець вибирає найбільш прийнятну, на його погляд, форму роботи з дитиною.

2.2. Завдання психокорекції гіперактивності та дефіциту уваги у дітей

Вибір методів корекції порушень у дітей з дефіцитом уваги та гіперактивністю повинен носити індивідуальний характер з урахуванням ступеня вираженості основних проявів дефіциту уваги та гіперактивності і наявності супутніх йому порушень. При цьому корекція, як і діагностика цього синдрому, завжди повинні носити комплексний характер і об'єднувати різні підходи, у тому числі роботу з батьками та методи модифікації поведінки (тобто спеціальні виховні прийоми), роботу з педагогами, методи психолого- педагогічної корекції, психотерапії, а також медикаментозне лікування.

Корекційна робота з гіперактивною дитиною повинна бути спрямована на вирішення наступних завдань:

1. Провести комплексну діагностику дитини, що виявляє симптоми дефіциту уваги і гіперактивності.

2. Нормалізувати обстановку в сім'ї дитини, її взаємини з батьками та іншими дорослими. Важливо навчити членів сім'ї уникати нових конфліктних ситуацій.

3. Встановити контакт з педагогами, ознайомити їх з інформацією про сутність та основних проявах дефіциту уваги та гіперактивності ефективних методах роботи з гіперактивними учнями.

4. Домогтися підвищення у дитини самооцінки, впевненості у власних силах за рахунок засвоєння ним нових навичок, досягнень успіхів у навчанні та повсякденному житті. Необхідно визначити сильні сторони особистості дитини і добре розвинені у неї вищі психічні функції й навички з тим, щоб спиратися на них у подоланні наявних труднощів.

5. Досягти у дитини слухняності, прищепити їй акуратність, навички самоорганізації, здатність планувати і доводити до кінця початі справи. Розвинути у неї почуття відповідальності за власні вчинки.

6. Навчити дитину повазі прав оточуючих людей, правильному мовному спілкуванню, контролю власних емоцій і вчинків, навичкам ефективного соціального взаємодії з оточуючими людьми.

Теоретична модель психокорекції проявів дефіциту уваги і гіперактивності у дитини дошкільного віку представлена у таблиці 2.1., що відображає системний (синдромальний) підхід.

Системний підхід передбачає, що кожен прояв (неуважність, імпульсивність, гіперактивність, емоційна нестабільність, труднощі завершення) розкладається на корекційно керовані компоненти, для яких формулюються конкретні цілі та підбираються методи впливу. Запропоновані інструменти показують, що корекція не зводиться до "вимоги слухняності", а передбачає тренування відповідних функцій у діяльності, доступній дитині (зокрема через ігри з правилами, структуровані інструкції, підкріплення, а також підтримувальні емоційно-регуляторні техніки).

Колонка критеріїв задає принцип операціоналізації результатів: прогрес фіксується через прості, спостережувані показники (тривалість зосередженості, частота порушень правил, відсоток правильних реакцій на сигнал, частка завершених завдань), що підвищує об'єктивність оцінювання. Включення сімейного блоку підкреслює системний характер допомоги, оскільки стабільність правил і узгодженість дорослих є умовою перенесення сформованих навичок у повсякденні ситуації.

Таблиця 2.1 – Модель планування психокорекції при проявах дефіциту уваги і гіперактивності

Дефіцитарна функція	**Корекційна ціль**	**Психокорекційний інструментарій**	**Критерій прогресу**
Нестійка довільна увага (швидко "випадає»)	Утримувати інструкцію, доводити мікрозавдання	Рухливі ігри на увагу; короткі інструкції; таймер 3–5 хв	+ хвилини зосередженості; менше нагадувань
Імпульсивність (робить "до сигналу")	Пауза перед дією, очікування	Ігри "стоп/йди", "замри", "сигнали"	% правильних реакцій на сигнал

Продовження таблиці 2.1

Гіперактивність (надмірні рухи)	Регулювати рух за правилами	“Рух за правилами” (естафети, “червоне–зелене”)	Зменшення “порушень правила” за сесію
Складність завершення (кидає на півдорозі)	Завершувати цикл “почав–зробив–перевірив”	Чек-лист із 3 кроків; підкріплення за завершення	% завершених завдань
Емоційна вибуховість	Самозаспокоєння, відновлення контролю	Дихальні техніки, “пауза”, арт/пісочна терапія	Швидкість відновлення після зриву
Конфліктність у сім’ї/школі	Узгоджені правила й підтримка	Тренінг батьківської компетентності, сімейна терапія	Менше конфліктів/скарг на тиждень

Цю таблицю доцільно розглядати як узагальнену модель “функціонально-цільового” планування психокорекції при проявах дефіциту уваги і гіперактивності, де вихідною точкою виступають не окремі симптоми, а дефіцити саморегуляції та їх поведінкові індикатори.

Таким чином, у таблиці представлено зв’язок між теоретичним розумінням дефіцитів і практичним добором корекційних засобів та показників ефективності психокорекційних занять.

Організація корекційно-педагогічного процесу з гіперактивними дітьми повинна відповідати двом обов'язковим умовам:

1. Розвиток і тренування слабких функцій слід проводити в емоційно привабливій формі, що істотно підвищує переносимість пропонованої навантаження і мотивує зусилля по самоконтролю. Цій вимозі відповідає ігрова форма занять.

2. Підбір таких ігор, які, забезпечуючи тренування однієї функціональної здатності, не покладали б одночасної навантаження на інші

дефіцитні здібності, бо відомо, що паралельне дотримання двох, а тим більше трьох умов діяльності викликає у дитини істотні труднощі, а часом просто неможливість виконання.

Навіть при всьому бажанні гіперактивна дитина не може виконати правил поведінки на заняттях, де вимагають того, щоб вона сиділа спокійно, була уважною і одночасно стриманою протягом досить тривалого часу. Звідси основна умова розвитку дефіцітарних функцій у цих дітей - пред'являючи дитині гру, що вимагає напруги, зосередження, утримання та довільного розподілу уваги, слід до мінімуму знизити навантаження на самоконтроль імпульсивності і не обмежувати рухову активність. Розвиваючи посидючість, не варто одночасно напружувати активну увагу і пригнічувати імпульсивність. Контроль за власною імпульсивністю не повинен супроводжуватися обмеженням можливості отримувати "м'язову радість" і може допускати певну частку неуважності уваги.

Так, можна виділити декілька груп розвиваючих ігор для дітей з синдром гіперактивності, які можуть чергуватися в структурі єдиного ігрового сюжету спеціально організованих занять, а також включатися у зміст вільного проведення часу в школі і вдома:

1. Ігри на розвиток уваги, диференційовані по задіяним орієнтовним аналізаторах (зоровий, слуховий, вестибулярний, шкірний, нюховий, смаковий, тактильний) і по окремим компонентам уваги (фіксація, концентрація, утримання, переключення, розподіл); (стійкості, переключення, розподілу, обсягу).

1. Ігри на подолання розгальмування і тренування посидючості (не вимагають напруги активної уваги і допускають прояви імпульсивності).

2. Ігри на тренування витримки і контроль імпульсивності (що дозволяють при цьому бути неуважним і рухомим).

3. Три види ігор з двоєдиної завданням (потребують бути одночасно уважним і стриманим, уважним і нерухомим, нерухомим і неімпульсівним);

4. Ігри з триєдиної завданням (з одночасною навантаженням на увагу, посидючість, стриманість).

Ігри виконуються спочатку індивідуально з кожною дитиною, пізніше переважно використовувати групові ігрові завдання, в яких діти не тільки продовжують розвивати всі порушені компоненти уваги, долати імпульсивність і стримувати рухову розгальмування, а й вчаться взаємодіяти з іншими людьми, враховувати їх особистісні особливості. Ці ігри можуть проводиться як на спеціальних заняттях психологом, так і вчителем на уроці під час так званої "фізкультхвилинки", а також батьками гіперактивного дитини в домашніх умовах.

Необхідно визначити сильні сторони особистості дитини, з тим щоб спиратися на них у подоланні наявних труднощів: розвиток уваги дитини (концентрація, переключення, розподіл), тренування психомоторних функцій, зниження емоційної напруги, тренування впізнавання емоцій за зовнішніми сигналами, навчання дітей виразним рухам, формування у дітей моральних уявлень.

Підбираючи ігри (особливо рухливі) і вправи для гіперактивних дітей, необхідно враховувати такі особливості дітей: дефіцит уваги, імпульсивність, дуже високу активність, невміння тривалий час підкорятися груповим правилами, вислуховувати і виконувати інструкції (загострювати увагу на деталях), швидку стомлюваність. в грі їм важко чекати своєї черги і рахуватися з інтересами інших.

Весь цей комплекс методів психокорекції та медикаментозного лікування при своєчасній діагностиці допоможе гіперактивним дітям вчасно компенсувати порушення і повноцінно реалізуватися в житті.

2.3. Методичні рекомендації з формування процесів саморегуляції, довільної уваги та стабілізації поведінки дітей із проявами дефіциту уваги та гіперактивності

Узагальнюючи світовий досвід психологічного супроводу дитини з дефіцитом уваги та гіперактивністю при формування процесів саморегуляції,

довільної уваги та стабілізації поведінки батькам гіперактивної дитини бажано дотримуватись наступних рекомендацій.

У домашній програмі корекції дітей із синдромом дефіциту уваги і гіперактивності доцільно, щоб переважав поведінковий компонент. Він охоплює зміну взаємодії дорослого з дитиною, оптимізацію сімейного мікроклімату, організацію режиму й середовища, а також впровадження структурованої системи підкріплень і наслідків.

Такий підхід спирається на принципи тренінгу батьківської компетентності: послідовність, передбачуваність, короткі інструкції, підсилення бажаної поведінки та мінімізація тривалих "переконувань", які зазвичай малоефективні при дефіциті саморегуляції.

Зміна поведінки дорослого та ставлення до дитини

— демонструйте достатню твердість і послідовність у правилах;

— пам'ятайте, що надмірна рухливість, імпульсивність і недисциплінованість часто не є навмисними;

— контролюйте поведінку дитини без надмірної жорсткості та без "надправил";

— формулюйте інструкції у позитивній формі ("зроби так…") замість переважання заборон ("не…");

— будуйте взаємини на взаєморозумінні, довірі та чітких межах; уникайте крайнощів: надмірної м'якості й одночасно завищених вимог;

— використовуйте короткі, нейтральні фрази й повторюйте прохання однаковими словами (без підвищення тону); вислуховуйте дитину (коротко, по суті), бо інакше вона справді "не чує" дорослого;

— підсилюйте усні інструкції візуальними підказками (картки, піктограми, чек-лист, таймер);

— не робіть вибачення "обов'язковим ритуалом" одразу після проступку: спочатку відновіть контроль і спокій, потім коротко обговоріть наслідки й альтернативу.

Зміна психологічного мікроклімату в родині

— приділяйте дитині регулярну “позитивну увагу” (коротко, але щодня: 10–15 хв спільної діяльності без критики);

— плануйте сімейне дозвілля, де дитина має шанс на успіх і прийняття;

— мінімізуйте конфлікти при дитині та не втягайте її у суперечки дорослих.

Організація режиму дня та середовища для занять встановіть чіткий,

— передбачуваний розпорядок дня (сон, харчування, навчання, рухова активність, відпочинок);

— допомагайте дитині “увійти в завдання”: початок роботи — часто найважчий етап;

— знижуйте відволікальні чинники під час занять (порядок на столі, мінімум шуму, вимкнені сповіщення);

— діліть завдання на короткі кроки (3–5 хв роботи → коротка пауза), використовуйте таймер;

— обмежуйте екранний час відповідно до домовлених правил (без тотальних заборон, але з чіткими межами);

— уникайте перевтоми: вона підсилює гіперактивність і знижує самоконтроль;

— за потреби залучайте підтримку (психолог, педагог, групи підтримки для батьків).

Спеціальна поведінкова програма (підкріплення й наслідки)

— запровадьте гнучку систему заохочень за бажану поведінку (жетони/бали/наклейки, “банк привілеїв”, щоденник самоконтролю);

— відмовтеся від фізичних покарань та принизливих/небезпечних методів;

— як наслідки використовуйте короткі, безпечні й пропорційні заходи: втрата частини привілею, “пауза” (time-out) на 2–5 хв, “відновлювальна дія” (прибрати, виправити, завершити);

— частіше хваліть конкретно (“мені сподобалось, що ти…”) для багатьох дітей із дефіцитом уваги і гіперактивністю позитивне підкріплення працює значно ефективніше за нотації;

— складіть список обов’язків і зробіть його видимим (на стіні/у вигляді карток), домовленості що мають бути короткі й зрозумілі;

— навчайте навичок керування гнівом і збудженням (пауза, дихання, “слово-стоп”, відхід у “куток спокою”);

— не давайте одночасно кілька інструкцій; завдання має бути простим за формою та однозначним;

— не доручайте того, що не відповідає віку та можливостям; складність підвищуйте поступово;

— не дозволяйте відкладати домовлене “на потім” без правил: краще коротко й зараз, ніж довго й ніколи;

— пояснюйте дитині її труднощі доступно й без стигматизації: “тобі важко зупинятися/утримувати увагу і тому ми це тренуємо”.

Система “швидкої допомоги” і негайних корекційних втручань в ситуації поведінкового зриву дитини з проявами дефіциту уваги і гіперактивності має містити наступні дії:

— відволікти й переключити дитину на іншу дію (без “боротьби за владу”);

— нагадати про розпорядок і наступний крок (“зараз 3 хв тихо сидимо, а потім перерва”);

— запропонувати вибір із двох прийнятних альтернатив;

— поставити коротке несподіване запитання, щоб “перезібрати” увагу;

— реагувати спокійно, інколи з доречним гумором (без висміювання);

— не забороняти категорично, а формулювати правило й варіант (“можна так…”);

— не читати нотацій у піку збудження; спочатку регуляція, потім розбір;

— за потреби має бути коротка “пауза” в безпечному місці, після чого повернення до правила і підкріплення першого кроку правильної поведінки.

Батькам і педагогам треба пам’ятати, що найбільш результативними зазвичай є не тривалі словесні переконання, а короткі інструкції + зміна середовища + систематичне підкріплення + передбачувані наслідки. Після будь-якого обмежувального наслідку бажано дати дитині позитивний сигнал прийняття (“я тебе люблю, але правило є правило”) і підказати, як діяти наступного разу. Доцільною вважається “позитивна модель” корекції , а саме систематичне підсилення бажаної поведінки та мінімізація уваги до незначних небажаних проявів (за умови безпеки), що поступово збільшує частку керованих форм саморегуляції. Також слід враховувати тривалість процесу: гіперактивність може зменшуватися з віком, тоді як імпульсивність і дефіцит уваги інколи частково зберігаються, тому ефективність визначається не “швидким зникненням симптомів”, а стабільною позитивною динамікою в поведінці та навчальній адаптації.

Висновок до розділу 2

Теоретичний аналіз організаційних та методичних засад психологічної допомоги дітям із проявами дефіциту уваги та гіперактивності, а також узагальнення основних напрямів психокорекції підтверджує, що найбільш результативною є комплексна модель втручань, яка поєднує психокорекційні, психотерапевтичні, психолого-педагогічні та (за індивідуальними показаннями) медикаментозні засоби, забезпечуючи одночасний вплив на симптоми та на умови розвитку дитини. Таким чином, корекційна робота розглядається як системна допомога, спрямована не лише на поведінку дитини, а й на зміну середовища — сімейних взаємин, стилю виховання, педагогічних вимог і організації навчальної діяльності.

Системний підхід дозволяє перейти до функціонального аналізу проявів дефіциту уваги і гіперактивності дитини, коли труднощі дитини розглядаються як такі, що пов’язані з перевантаженням механізмів саморегуляції, тому ефективна допомога базується на поетапному тренуванні окремих компонентів (увага, гальмування, витримка, організація дії) з подальшою інтеграцією в навчальній ситуації. Паралельно поведінкові технології забезпечують формування бажаних моделей поведінки через чіткі правила, підкріплення й передбачувані наслідки, а сімейні втручання (психоосвіта, тренінг батьківської компетентності, узгодження вимог) створюють умови для стабільного перенесення набутих навичок у повсякденне життя.

Загальні положення психокорекції включають індивідуалізацію, комплексність, координацію з педагогами та орієнтацію на сильні сторони дитини.

Важливим є дозування навантаження: тренування однієї функції не повинно одночасно перевантажувати інші слабкі ланки, тому особливо цінними є ігрові формати з правилами, які дозволяють поєднати мотиваційне залучення та розвиток самоконтролю.

Формування саморегуляції, довільної уваги та стабілізації поведінки, має спиратись на послідовність дорослих, структурований режим, короткі інструкції, візуальні підказки, система підкріплень і коректні обмежувальні процедури як “пауза” для відновлення контролю.

РОЗДІЛ 3.
ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОКОРЕКЦІЇ ДЕФІЦИТУ УВАГИ ТА ГІПЕРАКТИВНОСТІ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

3.1. Організація та методика емпіричного дослідження проявів дефіциту уваги та гіперактивності у дітей дошкільного віку

Під час проходження практики на базі Центру психічного розвитку дитини було проведено психологічне дослідження особливостей психокорекції гіперактивності та дефіциту уваги у дітей дошкільного віку, що складалося з констатуючого та формуючого етапів експерименту, метою якого стала розробка, обґрунтування та впровадження ефективної програми психокорекції проявів гіперактивності та дефіциту уваги у дітей дошкільного віку на основі теоретичного вивчення та емпіричного дослідження порушень процесів активації, гальмування та саморегуляції.

В основу дослідження було покладено припущення про те, що діти із проявами гіперактивності та дефіциту уваги мають специфічні ознаки порушень процесів активації, гальмування та саморегуляції, тому впровадження ефективної програми психокорекції проявів гіперактивності та дефіциту уваги значно стабілізує поведінку і призводить до позитивних зрушень показників уваги та саморегуляції даної категорії дітей.

В представленому дослідженні на основі теоретичного аналізу науково-психологічних досліджень психологічних особливостей дітей із синдромом гіперактивності та дефіциту уваги, було емпірично визначено особливості процесів саморегуляції, уваги та поведінки дітей дошкільного віку із проявами синдрому гіперактивності та дефіциту уваги та розроблено, впроваджено та експериментально обґрунтовано ефективну програму психокорекції гіперактивності та дефіциту уваги у дітей молодшого шкільного віку. Враховуючи досвід проведення психокорекційної роботи

були розроблені методичні рекомендації батькам дітей щодо формування процесів саморегуляції, довільної уваги та стабілізації поведінки дітей із проявами гіперактивності та дефіциту уваги.

Для досягнення мети, розв'язання поставлених у дослідженні завдань та перевірки гіпотези було застосовано комплекс *теоретичних* (аналіз, класифікація, систематизація, порівняння, узагальнення даних теоретичних та експериментальних досліджень з досліджуваної проблеми, структурний аналіз, методи теоретичного моделювання) та *емпіричних* (порівняльний аналіз, експеримент, спостереження, анкетування, психодіагностичний метод, представлений стандартизованими методиками, індивідуальні та групові бесіди) методів. Психокорекційна робота проводилась за трьома напрямками: психодіагностичному, корекціно-розвивальному та консультативно-просвітницькому.

У констатувальному експерименті прийняло участь сім дітей віком 5-6 років, що знаходяться під наглядом психоневролога мають встановлений діагноз і характерні прояви дефіциту уваги і гіперактивності.

Для визначення особливостей порушень процесів активації, гальмування та саморегуляції були використані клінічні шкали, експертні оцінки педагогів та вихователів та анкети для батьків, спрямовані на визначення проявів гіперактивності, імпульсивності та порушень уваги, що надаються у додатках. Також були використані наступні психодіагностичні методики - методика «розмальовка», методика «обведи за контуром», методика «Хлопки» і методика «Кольорові долоньки».

Методика «Розмальовка» призначена для діагностики рівня уваги, імпульсивності, гіперактивності. Дітям дається лист з малюнком який необхідно розфарбувати, і олівці. Пояснюють що необхідно розфарбувати картинку. Оцінюватися в результаті виконання завдання будуть акуратність, характер ліній, натиск, поведінка дитини.

Методика «Обведи за контуром», призначена для діагностики рівня розвитку наглядно-дієвого мислення, також її можна використовувати для

діагностики імпульсивності та гіперактивності. Дітям показують малюнок і пояснюють, що завдання до цієї методики полягає в тому, щоб за допомогою олівця або ручки якомога швидше і якомога точніше відтворити на правій половині цього ж малюнка той контур, який представлений в його лівій частині. Усі лінії необхідно намагатися робити прямими і точно з'єднати кути фігур. Оцінюватися в результаті виконання завдання будуть акуратність, точність і швидкість роботи.

Методика «Кольорові долоньки» призначена для діагностики рівня уваги та контролю рухової активності. Всі стоять або пересуваються по кімнаті у вільному напрямі. Коли ведучий показує червону долоньку, діти повинні прийняти позу "лелеки" (стояти на одній нозі, руки в сторони). Якщо ведучий показує жовту долоньку, всі повинні стрибати як зайчики, а якщо покаже зелену долоньку то присісти як жаба.

Методика «Сплески» призначена для діагностики рівня уваги та контролю рухової активності. Всі повинні уважно слухати ведучого, якщо вимовляється слово, яке позначає тварину, то необхідно вдарити в долоні, якщо слово позначає овочі або фрукти, то необхідно тупнути ногою, а якщо інше слово-то потрібно стояти спокійно.

Після проведення діагностики, результати були узагальнені і використані при розробці психокорекційної програми, що складалася з двох блоків – індивідуальної та групової психокорекційної роботи – та включала 6 індивідуальних і 3 групових занять.

Формувальний експеримент, окрім корекційно-розвивальних занять з дітьми з проявами гіперактивності та дефіциту уваги, включав консультативно-просвітницький напрямок роботи з батьками та педагогами, спрямований на соціально-психологічну підтримку, інформування та формування навичок спілкування та виховання дітей із проявами гіперактивності та дефіциту уваги.

.

3.2. Програма психокорекції гіперактивності та дефіциту уваги у дітей дошкільного віку

Корекційно-розвивальна програма призначена для фахівців (психологів, педагогів, дефектологів), а також для батьків, які працюють із гіперактивними дітьми. Програма складається з двох блоків: індивідуальних занять (їх доцільно проводити на початку психокорекційної роботи) та групових занять. Рекомендований режим становить 2 заняття на тиждень тривалістю 30–40 хвилин до досягнення запланованих результатів.

Оптимальна кількість учасників групи це 4-7 дітей віком 5–6 років. Залучення дітей до колективної роботи доцільно здійснювати поетапно:

Перший етап: починати з індивідуальної роботи;

Другий етап: залучати дитину до ігор у малих підгрупах;

Третій етап: переходити до колективних ігор.

Бажано використовувати ігри з чіткими правилами, які сприяють розвитку уваги та самоконтролю. Тренування слабких функцій також здійснюється поетапно:

1 етап — добирати вправи й ігри, спрямовані на розвиток лише однієї функції (наприклад, уваги або контролю імпульсивних дій);

2 етап — використовувати ігри, що формують навички контролю рухової активності;

3 етап — добирати ігри на тренування двох функцій одночасно;

4 етап — переходити до складніших форм роботи з одночасним відпрацюванням усіх трьох функцій (увага - гальмування/імпульсивність —- рухова регуляція) в межах однієї гри.

План проведення психикорекційних занять

Індивідуальні заняття

Заняття 1

Тема: розвиток уваги й посидючості; формування вміння доводити розпочате до кінця; контроль емоцій.

Мета: розвивати посидючість, увагу, мислення, дрібну моторику, швидкість реагування.

Завдання: навчити складати, переказувати, знаходити відмінності, шнурувати, класифікувати, підготувати руку до письма, орієнтуватися в числах, діяти за правилами.

Вправа 1 «Склади квадрат»

Мета: розвиток посидючості, мислення, уявлень про предмет.

Хід: дитині пропонують скласти квадрат із кількох частин

Вправа 2 «Переказ»

Мета: розвиток уваги, мислення, пам’яті.

Хід: дорослий читає коротку розповідь і просить дитину переказати почуте; якщо дитині складно — допомагає навідними запитаннями.

Вправа 3 «Знайди відмінності»

Мета: розвиток уміння концентрувати увагу на деталях.

Хід: дитина малює нескладний малюнок (котик, будиночок тощо) і передає дорослому, сама відвертається. Дорослий домальовує кілька деталей і повертає малюнок. Дитина має визначити, що змінилося.

Потім можна помінятися ролями.

Вправа 4 «Книга-шнурівка»

Мета: розвиток посидючості, мислення, дрібної моторики.

Хід: переконайтеся, що дитина розуміє прості слова або інструкції; прочитайте завдання з книги та разом виконайте його, прошнуровуючи елементи.

Вправа 5 «Штрихування»

Мета: розвиток посидючості, дрібної моторики; підготовка руки до письма.

Хід: дитині пропонують аркуш із контурами фігур і просять їх заштрихувати (з контролем напрямку й натиску).

Вправа 6 «Плескай за темою»

Мета: навчити швидко обробляти почуту інформацію; розвиток уваги.

Хід: домовтеся: на слова певної теми (наприклад, «тварини») дитина плескає в долоні, на слова іншої теми (наприклад, «фрукти») тупотить ногою. Дорослий промовляє ряд слів у довільному порядку.

Вправа 7 «Полунички»

Мета: розвиток уваги, мислення; швидкість обробки інформації.

Хід: дитині показують картки-«полунички» з різною кількістю крапок; на прохання дорослого дитина обирає картку з потрібною кількістю.

Вправа 8 «Класифікація»

Мета: розвиток уваги, посидючості, зосередженості.

Хід: дитина класифікує зображення/предмети за групами (транспорт; дикі/свійські тварини тощо).

Заняття 2

Тема: розвиток уваги й посидючості; формування вміння працювати за зразком.

Мета: розвивати посидючість, концентрацію та обсяг уваги, слухову увагу; формувати вміння працювати за зразком; регулювати емоційні прояви.

Завдання: навчити знаходити однакові/схожі предмети, визначати на слух перший звук у слові, ліпити.

Вправа 1 «Викладання візерунка з мозаїки»

Мета: розвиток концентрації та обсягу уваги, дрібної моторики; уміння працювати за зразком.

Хід: дитина за зразком викладає з мозаїки цифри, літеру, простий візерунок або силует.

Вправа 2 «Слово зі звуком»

Мета: розвиток слухової уваги.

Хід: дорослий вимовляє слова. Якщо в слові чується заданий звук (наприклад [с] або [с’]) — дитина встає; якщо звуку немає залишається на місці.

Вправа 3 «Коректор»

Мета: розвиток концентрації уваги.

Хід: беруть текст із великим шрифтом. Домовляються, яку літеру дитина закреслює. Обирають уривок або час (спочатку 2–3 хв, поступово до 10 хв). Після завершення дорослий перевіряє й обов'язково підкріплює успіх похвалою.

Вправа 4 «Викладання з паличок»

Мета: розвиток довільної уваги, дрібної моторики.

Хід: дитина за зразком викладає візерунок/силует із паличок.

Вправа 5 «Знайди однакові предмети»

Мета: розвиток мислення, обсягу уваги, спостережливості; уміння порівнювати й аналізувати.

Хід: на малюнку з п'ятьма предметами дитина знаходить два однакові та пояснює, у чому їхня схожість.

Вправа 6 «Усе навпаки»

Мета: перетворити тенденцію до «робити навпаки» на керовану гру; розвиток швидкості мислення та асоціативності.

Хід: ведучий показує рухи, дитина виконує протилежні (руки вгору — руки

вниз тощо). Далі додають слова-антоніми (теплий — холодний; швидко — повільно тощо).

Вправа 7 «Ліплення з пластиліну»

Мета: розвиток посидючості, дрібної моторики, уяви.

Хід: дитина ліпить те, що обирає сама; дорослий підтримує завершення виробу.

Заняття 3

Тема: розвиток уваги, посидючості, стриманості.

Мета: розвиток уваги, уяви; формування контролю імпульсивних дій; розвиток посидючості.

Завдання: навчити знаходити подібності й відмінності, домальовувати, складати, контролювати дії.

Вправа 1 «Знайди відмінності» — (за описом заняття 1).

Вправа 2 «Лото з правилами»

Мета: розвиток уваги, посидючості; утримання кількох інструкцій одночасно.

Хід: дитині дають 8 (або більше) картинок і різнокольорові кружечки; завдання — закрити кружечками різних кольорів різні категорії (тварини/транспорт/птахи тощо).

Вправа 3 «Домалюй»

Мета: розвиток уяви та уваги.

Хід: дитина домальовує зображення за зразком.

Вправа 4 «Мішечок

Мета: розвиток уваги, посидючості; розпізнавання предметів на дотик.

Хід: у мішечку різні предмети. Дитина із заплющеними очима знаходить заданий предмет; перед початком дорослий уточнює ознаки (матеріал, форма тощо).

Вправа 5 «Говори!»

Мета: розвиток контролю імпульсивних відповідей.

Хід: дорослий ставить запитання, але відповідати можна лише після команди «Говори!».

Вправа 6 «Усе навпаки» — (як у занятті 2).

Вправа 7 «Склади квадрат» — (як у занятті 1).

Заняття 4

Тема: розвиток уваги, посидючості, стриманості.

Мета: розвиток уваги, посидючості; зниження напруження; підвищення тактильної чутливості.

Завдання: розпізнавати на слух музичні інструменти; працювати за зразком; уважно слухати та переказувати.

Вправа 1 «Нанизування намистинок»

Мета: розвиток концентрації уваги, дрібної моторики.

Хід: дитина нанизує намистинки різного кольору й розміру на нитку (можна за зразком або за умовою).

Вправа 2 «Музичні інструменти»

Мета: розвиток слухової уваги.

Хід: дитина знайомиться з інструментами, відвертається; дорослий грає на одному — дитина називає, на якому саме.

Вправа 3 «Виклади з паличок»

Мета: уміння працювати за зразком; розвиток уваги.

Хід: дорослий викладає фігуру з паличок, дитина відтворює.

Вправа 4 «Переказ» — (як у занятті 1).

Вправа 5 «Вушка на маківці»

Мета: розвиток слухової уваги.

Хід: як у вправі «Слово зі звуком» (встає/залишається на місці залежно від наявності звука).

Вправа 6 «Дотик»

Мета: розслаблення, зняття напруження, підвищення тактильної чутливості.

Хід: на столі предмети з різних матеріалів (хутро, скло, вата, папір тощо). Дитина заплющує очі, дорослий лагідно торкається предметами до руки/щоки/коліна; дитина відгадує предмет. Потім можна помінятися ролями (з поясненням, що дотики мають бути приємними й безпечними).

Заняття 5

Тема: розвиток уваги, посидючості, стриманості; уміння працювати за зразком.

Мета: розвиток уваги й посидючості; формування роботи за зразком; регуляція емоційних проявів.

Завдання: знаходити подібності й відмінності, шнурувати, підготувати руку до письма, складати візерунок за зразком.

Вправа 1 «Знайди відмінності» — як вище.

Вправа 2 «Усе навпаки» — як вище.

Вправа 3 «Книга-шнурівка» — як вище.

Вправа 4 «Знайди однакові предмети» — як вище.

Вправа 5 «Штрихування» — як вище.

Вправа 6 «Склади візерунок»

Мета: розвиток посидючості, мислення, просторових уявлень.

Хід: дитина складає візерунок за зразком .

Заняття 6

Тема: розвиток уваги, посидючості; уміння працювати за зразком.

Мета: розвиток посидючості, контролю імпульсивних дій, концентрації та обсягу уваги, слухової уваги.

Завдання: працювати за зразком, домальовувати, контролювати дії, розпізнавати на слух інструменти, визначати заданий звук/літеру у словах.

Вправа 1 «Виклади з паличок»

Хід: дорослий викладає фігуру з паличок, дитина відтворює.

Вправа 2 «Домалюй» — як вище.

Вправа 3 «Говори!» — як вище.

Вправа 4 «Коректор»

Мета: розвиток уваги (формулювання “помінятися місцями з дорослими…” прибрав, бо воно не відповідає вправі). Хід: як у занятті 2 (закреслювання заданої літери; 2–10 хв).

Вправа 5 «Плескай за темою»

Мета: розвиток уваги та швидкості переробки слухової інформації.

Хід: як у занятті 1 (плеск/тупіт за категоріями; ряд слів).

Вправа 6 «Музичні інструменти» — як у занятті 4 (додайте: дитина називає інструмент).

Вправа 7 «Вушка на маківці» — як вище.

Групові заняття

Заняття 1

Тема: тренування уваги, навчання навичкам взаємодіяти з дітьми, розвиток вміння контролювати імпульсивні дії.

Вправи 1 "Передай м'яч»

Мета: зняти зайву рухову активність.

Хід гри: Сидячи на стільцях або стоячи в колі, що грають намагаються якомога швидше передати м'яч, не впустивши його, сусідові. Можна в максимально швидкому темпі кидати м'яч один одному або передавати його, повернувшись спиною в коло і прибравши руки за спину. Ускладнити вправу можна, попросивши дітей грати з закритими очима, або використовувати в грі одночасно кілька м'ячів.

Вправи 2 "Лови - не лови"

Мета: тренування уваги, здатності до узагальнення, швидкості обробки почутої інформації, а також координації рухів і швидкості фізичних реакцій.

Хід гри: Правила цієї гри схожі на всім відомий спосіб грати в "їстівне - неїстівне". У кожному колі ігри діти домовляються про умови, при яких потрібно ловити м'яч. Від кола до кола ці умови можуть змінюватися. Так, наприклад, в одному колі гравці ловлять м'яч, коли ведучий називає слово, що відноситься до неживих предметів, в іншому колі грають в «Меблі - не меблі», у третьому «Риба - не риба», «Машина - не машина», «Літає - не літає» і т.п. Чим більш різноманітні умови гри, тим краще вона впливає на розвиток інтелектуальних здібностей дитини.

Вправи 3 "Говори!"

Мета: розвиток уміння контролювати імпульсивні дії.

Хід гри: Скажіть дітям таке. "Хлопці, я буду задавати вам прості і складні питання. Але відповідати на них можна буде тільки тоді, коли я дам команду: "Говори!" Давайте потренуємося: "Яке зараз пора року?" (Педагог робить паузу) "Говори!"; "Якого кольору у нас в групі (в класі) стеля ? "... "Говори!"; "Який сьогодні день тижня?" ... "Говори!"; "Скільки буде два плюс три?" І т. д. "

Вправи 4 "Мовчу - шепочу - кричу"

Мета: розвивати здатність усвідомлено регулювати гучність своїх висловлювань, стимулюючи дитину говорити те тихо, то голосно, то зовсім мовчати, таким чином формується здатність регулювати свою промову. Крім того, дана гра дозволяє добре зняти рухове напругу, що виникає коли

гіперактивного дитини протягом якогось відрізка часу змушують займатися «сидячою» спокійною роботою (робити уроки, слухати казку і т.п.).

Хід гри: Заздалегідь домовитеся про знаки, підкоряючись яким, дитина буде підвищувати-знижувати голос, мовчати, рухатися швидше або повільніше. Наприклад, коли ви прикладаєте палець до губ - дитина повинна говорити пошепки і пересуватися дуже повільно. Якщо ви поклали руки під голову, як під час сну, дитині слід замовкнути і завмерти на місці. А коли ви піднімете руки вгору, то можна розмовляти голосно, кричати і бігати.

Гру краще закінчувати на етапі "мовчу" або "шепочу", щоб знизити ігрове збудження при переході до інших занять.

Вправи 5 «Загальний малюнок»

Мета: навчити навичкам взаємодіяти з дітьми, розвинути уяву, посидючість

Хід гри: дати дітям великий аркуш паперу і олівці, запропонувати намалювати ліс і тварин живуть в лісі.

Заняття 2

Тема: розвиток посидючості, уява, дрібної моторики, навчання навичкам взаємодіяти з дітьми,

Вправи 1 "Час тиші" і "час можна"

Мета: Допомогти дитині скинути напругу і дає дорослому інструмент для управління поведінкою гіперактивного дитини.

Хід гри: Домовтеся з дитиною, що коли він займається якоюсь важливою справою (або вам необхідно спокійно попрацювати), то у вашому домі (класі) буде "час тиші" (Це може бути 5 хв для гри) У цей час дитина може читати, малювати, грати, слухати плеєр або робити ще що-небудь дуже тихо. Зате потім настане "час можна", коли йому буде дозволено робити все, що завгодно. Пообіцяйте не обсмикувати дитини, якщо його поведінка не небезпечно для здоров'я або для оточуючих.

Вправи 2 "Заборонений рух"

Мета: організувати, дисциплінувати дітей, сплачено грають, розвинути швидкість реакції

Хід гри: Діти стоять обличчям до ведучого. Під музику з початком кожного такту вони повторюють рухи, які показує ведучий. Потім вибирається один рух, яке не можна буде виконувати. Той, хто повторить заборонене рух, виходить з гри. Замість показу руху можна називати вголос цифри. Учасники гри повторюють хором всі цифри, окрім однієї, забороненої, наприклад, цифри "п'ять". Коли діти її почують, вони повинні будуть плеснути в долоні (або покружляти на місці).

Вправи 3 "Давайте привітаємося"

Мета: зняття м'язової напруги, перемикання уваги.

Хід гри: Діти по сигналу ведучого починають хаотично рухатися по кімнаті і вітаються з усіма, хто зустрічається на їхньому шляху (а можливо, що хтось із дітей буде спеціально прагнути привітатися саме з тим, хто зазвичай не звертає на нього уваги). Вітатися треба певним чином:

1 сплеск долоньками - вітаємося за руку;

2 сплески долоньками - вітаємося плічками;

3 сплески долоньками - вітаємося спинками. Різноманітність тактильних відчуттів, супутніх проведення цієї гри, дасть гіперактивним дитині можливість відчути своє тіло, зняти м'язове напруження. Зміна партнерів по грі допоможе позбутися відчуття відчуженості. Для повноти тактильних відчуттів бажано ввести заборону на розмови під час цієї гри.

Вправи 4 "Слухай сплески"

Мета: тренування уваги і контроль рухової активності.

Хід гри: Всі йдуть по колу або пересуваються по кімнаті у вільному напрямі. Коли ведучий грюкне в долоні один раз, діти повинні зупинитися і прийняти позу "лелеки" (стояти на одній нозі, руки в сторони) або будь-яку іншу позу. Якщо ведучий грюкне два рази, гравці повинні прийняти позу "жаби" (присісти, п'яти разом, носки і коліна в сторони, руки між ступнями ніг на підлозі). На три бавовни грають відновлюють ходьбу. Вправи 5 «Ліплення з пластиліну»

Мета: розвинути посидючість, уяву, дрібну моторику, навчити навичкам взаємодіяти з дітьми,

Хід гри: дати дітям пластилін різного кольору, і попросити їх зліпити щось що їм захочеться

Заняття 3

Тема: розвиток посидючості, уява, дрібної моторики, навчання навичкам взаємодіяти з дітьми.

Вправа 1 "Час тиші" і "час можна"

Мета: Допомогти дитині скинути напругу і дає дорослому інструмент для управління поведінкою гіперактивного дитини.

Хід гри: Домовтеся з дитиною, що коли він займається якоюсь важливою справою (або вам необхідно спокійно попрацювати), то у вашому домі (класі) буде "час тиші" (Це може бути 5 хв для гри) У цей час дитина може читати, малювати, грати, слухати плеєр або робити ще що-небудь дуже тихо. Зате потім настане "час можна", коли йому буде дозволено робити все, що завгодно. Пообіцяйте не обсмикувати дитини, якщо його поведінка не небезпечно для здоров'я або для оточуючих.

Вправа 2 "Давайте привітаємося" (як у занятті 2)

Вправа 3 "Мовчу - шепочу - кричу" (як у занятті 1)

Вправи 4 «Загальний малюнок»

Мета: навчити навичкам взаємодіяти з дітьми, розвинути уяву, посидючість

Хід гри: дати дітям великий аркуш паперу і олівці, запропонувати намалювати море і тих хто в ньому живе.

Вправи 5 "Говори!"

Мета: розвиток уміння контролювати імпульсивні дії.

Хід гри: Скажіть дітям таке. "Хлопці, я буду задавати вам прості і складні питання. Але відповідати на них можна буде тільки тоді, коли я дам команду: "Говори!" Давайте потренуємося: "Яке зараз пора року?" (Педагог робить паузу) "Говори!"; "Якого кольору у нас в групі (в класі) стеля ? "...

"Говори!"; "Який сьогодні день тижня?" ... "Говори!"; "Скільки буде два плюс три?"

Таблиця 3.1 – Схема програми психологічної корекції проявів дефіциту уваги та гіперактивності дітей дошкільного віку

Тема	Мета	Завдання	перелік вправ
1 Розвиток уваги, посидючості,, навчити доводити почате до конка, контролювати свої емоції.	Розвинути посидючість, мислення, дрібну моторику, швидкість реакції, навчити доводити почате до конка, контролювати свої емоції,	- Навчити: складати, переказувати, знаходити відмінності, шнурувати, класифікувати, підготувати руку до письма, орієнтуватися в числах, навчити діяти за правилами.	1 «склади квадрат» 2 «перекажи розповідь 3 «знайди відмінності» 4 «книга шнурівка» 5 «штрихування» 6 «Хлопки по темі» 7 «полуничкі» 8 «класифікація
2 Розвиток уваги, посидючості, формування вміння працювати за зразком	Розвинути посидючість, розвинути концентрацію і об'єм уваги, слухову уваги, сформувати вміння працювати за зразком, контролювати свої емоційні прояви.	- навчити складати знаходити однакові або схожі предмети, на слух визначати першу літеру в слові, ліпити.	мозаїка 2 слово на букву 3 Коректор 4 викласти з поличок 5 знайти однакові предмети 6 все навпаки 7 Ліплення пластиліном
3 Розвиток уваги, посидючості, стриманості.	.Розвинути увагу, фантазію, вміння контролювати імпульсивні дії, посидючість	Навчити знаходити подібності та відмінності, домальовувати малюнки, складати, контролювати дії.	1 знайди відміну 2 лото 3 домалюй 4 мішечок 5 говори 6 все навпаки 7 склади квадрат
4 Розвиток уваги, посидючості, стриманості.	Розвинути увагу, посидючість, зняти напругу, підвищити тактильну сприйнятливість	- Визначати на слух муз інструменти, працювати за зразком, уважно слухати і переповідати казки.	1 нанизавши бусинки 2 муз інструменти 3 виклади з паличок 4 перекажи розповідь 5уважні вушка 6 дотик 7 мозаїка

Продовження таблиці 3.1

5 Розвиток уваги, посидючості, стриманості. вміння працювати за зразком	Розвинути увагу, посидючість, сформувати вміння працювати за зразком, контролювати свої емоційні прояви.	- навчити знаходити подібності та відмінності, шнурувати, підготувати руку до листа, складати візерунок по зразку	1Знайди відмінності 2 все навпаки 3 шнурівка 4 знайди однакові предмети 5 штриховка 6 Склади узор

Загальна схема психокорекційної програми подана у наведеній нижче таблиці 3.2.

3.3.Аналіз ефективності впровадженої програми психокорекції гіперактивності та дефіциту уваги у дітей дошкільного віку

Оцінювання ефективності програми психокорекції здійснювалося у межах психологічного експерименту з використанням констатувального та контрольного зрізу. Такий підхід дозволяє фіксувати динаміку ключових проявів саморегуляції (увага, гальмівний контроль, рухова активність) після впровадження корекційних впливів.

Для забезпечення порівнюваності результатів на обох зрізах застосовувався однаковий набір методичних процедур:

1. графічні завдання (“Розмальовка”, “Обведи за контуром”),
2. ігрові проби на виконання правил (“Сплески”, “Кольорові долоньки”),
3. експертна оцінка вихователів (як дані про повсякденну поведінку, що доповнюють ситуаційні результати тестових проб).

Оскільки вибірка є невеликою (у програмі n=7), акцент зроблено на описовій статистиці, порівнянні частот, аналізі індивідуальних траєкторій та оцінці практичної значущості змін (а не лише на формальній статистичній значущості). Така дозволяє показати:

— *що саме змінилося* (які компоненти саморегуляції),

— *у кого* (гетерогенність ефекту),

— *наскільки* (інтенсивність/стійкість змін у поведінці).

Наведемо загальний опис виконання тестових завдань і поведінки дітей під час експерименту.

Даша

Тест «Розмальовка». Під час виконання завдання Даша сиділа спокійно, з місця не вставала, по класу не переміщалася. Завдання зрозуміла з першого разу, питання не задавала. Розфарбовувала не поспішаючи, спокійно, імпульсивності не спостерігалося. Коли прийшла час здавати роботу, стала переживати, метушитися. В результаті робота була виконана не акуратно.

Тест «обведи за контуром». Завдання почула і зрозуміла з першого разу, обводила не поспішаючи, акуратно, не відволікалася, лінії рівні. Пропущених елементів немає.

Тести «Сплески» і « Кольорові долоньки»

Завдання слухала уважно не перепитувала. При виконанні завдання були допущені декілька помилок. Часто сумнівалася в своїх діях. Згідно з результатами опитування та проведеним тестам можна зробити висновок що в Даші немає виражених проявів дефіциту уваги і гіперактивності.

Паша

Тест «Розмальовка». При отримання завдання ставить запитання на різні теми. При поясненні завдання відволікався, вставав з місця. Коли всі приступили до роботи, Паша став задавати питання стосовно завдання. В процесі роботи вставав з місця, ходив по класу, відволікав дітей. Рухи імпульсивні: різкі лінії, вилазить за контур, сильно тисне на олівець, часто з ламає.

Тест «Обведи за контуром». Завдання зрозумів з першого разу. Швидко взявся виконувати роботу. Під час виконання багато говорить, перериваєтся і ходить по класу. Лінії не рівні, є пропущені елементи.

Тести «Сплески» і « Кольорові долоньки»

Завдання з першого разу не зрозумів, перепитував. При виконанні допускає помилки і робить зауваження іншим. При виконанні тесту «Сплески» плутає коли потрібно плескати а коли тупотіти. При виконанні тесту «Кольорові долоньки» важко переключає увагу, орієнтується на інших дітей.

Згідно з результатами опитування та проведеним тестам можна зробити висновок що в Паші явні прояви неуважності, гіперактивності й імпульсивності.

Гена

Тест «Розмальовка» При виконанні завдання крутився, розмовляв з іншими дітьми. Постійно ставив запитання на різні теми. Розфарбовувати намагався старанно, за лінії не вилазив. Завдання виконав швидко.

Тест «Обведи за контуром». Після отримання завдання швидко почав виконувати його. Поспішав, розмовляв з сусідом по парті, в результаті вилазив за лінії, пропускав елементи для обводу. Завдання до кінця не виконав.

Тести «Сплески» і « Кольорові долоньки». Завдання слухав не уважно, відповідно з першого разу не зрозумів. При виконанні допускав багато помилок. При виконанні тесту «Сплески» плутає коли потрібно плескати а коли топати протягом усього заняття. У тесті «Кольорові долоньки» важко переключає увагу, орієнтується на інших дітей, самостійно виконати завдання важко.

Згідно з результатами опитування та проведеним тестам можна зробити висновок що у Гени виражені прояви неуважності і гіперактивності.

Віталя.

Тест «Розмальовка». Завдання зрозумів з першого разу. Виконуючи роботу поспішав, постійно міняв позу за столом, вставав із стільця, перекладав листок з малюнком і олівці. Рухи імпульсивні: різкі лінії, є вихід на контури, сильне натискання олівцем. Завдання закінчив швидкий, домалював додаткові малюнки на аркуші.

Тест «Обведи за контуром». Завдання почув з першого разу. При виконанні завдання крутився, відволікався, вставав з місця. Лінії не рівні, не доведені до кінця.

Тести «Сплески» і « Кольорові долоньки». Завдання слухав не уважно, відповідно з першого разу не зрозумів. При виконанні допускав багато помилок. При виконанні тесту «Сплески» плутає коли потрібно плескати а коли топати протягом усього заняття. У тесті «Кольорові долоньки» важко переключає увагу

Згідно з результатами опитування та проведеним тестам можна зробити висновок що у Віталі явні прояви неуважності, імпульсивності й гіперактивності.

Женя

Тест «Розмальовка». Завдання зрозумів з першого разу, питань не задавав. Зразу почав виконувати роботу. Розфарбовував повільно, довго вибирав колір. Натискання олівцем і характер ліній однаково по всьому малюнку, виступи за контур незначні.

Тест «Обведи за контуром». Завдання почув і зрозумів з першого разу, обводив не поспішаючи, не відволікалася, лінії не рівні. Пропущених елементів немає.

Тести «Сплески» і « Кольорові долоньки». Завдання слухав уважно не перепитував. При виконанні завдання були допущені помилки. Сумнівався в своїх діях, важко переключає увагу.

Згідно з результатами опитування та проведеним тестам можна зробити висновок що у Жені немає явних проявів дефіциту уваги і гіперактивності.

Максим

Тест «Розмальовка» Під час виконання завдання Максим сидів спокійно, з місця не вставав. Завдання зрозумів з першого разу, питання не ставив. Оздоблював не поспішаючи, спокійно, імпульсивності не спостерігалося. Робота виконана акуратно і в повному обсязі.

Тест «Обведи за контуром» Завдання почув і зрозумів з першого разу, обводив не поспішаючи, акуратно, не відволікався, лінії рівні. Пропущених елементів немає.

Тести «Сплески» і « Кольорові долоньки». Завдання слухав уважно не перепитував. При виконанні завдання були допущені незначні помилки.

Згідно з результатами опитування та проведеним тестам можна зробити висновок що у Максима немає виражених проявів дефіциту уваги і гіперактивності.

Діана

Тест «Розмальовка». Завдання зрозуміла з першого разу, питань не задавала. Зразу почала виконувати роботу. Розфарбовувала повільно, відволікалася на сусідів ззаду. Натискання олівцем і характер ліній однаково по всьому малюнку, виступи за контур відсутні. Роботу не закінчила.

Тест «обведи за контуром». Завдання почула і зрозуміла з першого разу, обводила не поспішаючи, відволікалася, лінії рівні. Роботу не закінчила.

Тести «Сплески» і « Кольорові долоньки». Завдання слухала уважно не перепитувала. При виконанні завдання були допущені помилки. При виконанні тесту «Удари» плутає коли потрібно плескати а коли топати протягом усього заняття. У тесті «Кольорові долоньки» не встигає перемикати увагу.

Згідно з результатами опитування та проведеним тестам можна зробити висновок що в Діани є прояви неуважності.

Олег

Тест «Розмальовка». Під час виконання завдання Олег сидів спокійно, з місця не вставав, по класу не переміщався. Завдання зрозумів з першого разу, питання не ставив. Оздоблював не поспішаючи, спокійно. Відволікався на розмови інших дітей. Робота була не закінчена.

Тест «Обведи за контуром». Завдання почув і зрозумів з першого разу, обводив не поспішаючи, акуратно, не відволікався, лінії не скрізь рівні. Є припущення елементи.

Тести «Сплески» і « Кольорові долоньки». Завдання слухав уважно не перепитував. При виконанні завдання були допущені декілька помилок. Часто сумнівався в своїх діях.

Згідно з результатами опитування та проведеним тестам можна зробити висновок що в Олега немає виражених проявів дефіциту уваги і гіперактивності.

Сергій

Тест «Розмальовка». Завдання зрозумів з першого разу, питань не задавав. Зразу почав виконувати роботу. Оздоблював швидко. Натискання олівцем однаково сильно по всьому малюнку, лінії різкі, виступи за контур відсутні.

Тест «Обведи за контуром». Завдання почув і зрозумів з першого разу, обводив не поспішаючи, не відволікалася, лінії не рівні. Пропущених елементів немає.

Тести «Сплески» і « Кольорові долоньки». Завдання слухав уважно не перепитував. При виконанні завдання були допущені незначні помилки.

Згідно з результатами опитування та проведеним тестам можна зробити висновок що у Сергія є прояви імпульсивності.

Христина

Тест «Розмальовка». Багато говорить, задає питання і дорослим і іншим дітям на різні теми, коментує свої дії і дії інших. При виконанні завдання відволікається, змінює положення рук. Лінії різні за напрямком та різки, натискання олівцем змінюється від незначної до дуже сильного, при цьому ламає олівці. Малюнок не закінчений.

Тест «Обведи за контуром». Завдання почула з першого разу. При виконанні завдання крутилася, відволікалася. Виконала завдання швидко, лінії відносно рівні. Після виконання роботи розмовляла з іншими дітьми в агресивній формі і підвищеним голосом.

Тести «Сплески» і « Кольорові долоньки». Завдання слухала не уважно, відповідно з першого разу не зрозуміла. При виконанні допускала багато

помилок. При виконанні тесту «Сплески» плутала коли потрібно плескати а коли топати протягом усього заняття. У тесті «Кольорові долоньки» важко переключає увагу

Згідно з результатами опитування та проведеним тестам можна зробити висновок що у Христини явні прояви неуважності, імпульсивності й гіперактивності.

Богдан З

Тест «Розмальовка»

При отримання завдання ставить запитання на різні теми. При поясненні завдання відволікався, вставав з місця. Завдання з першого разу не зрозумів. В процесі роботи вставав з місця, ходив по класу, відволікав дітей. Рухи імпульсивні: різкі лінії, вилазить за контур, сильно тисне на олівець.

Тест «Обведи за контуром»

Завдання зрозумів з першого разу. Швидко взявся виконувати роботу. Під час виконання ходить по класу, задає питання іншим дітям. Лінії не рівні, є пропущені елементи. Завдання не закінчено.

Тести «Сплески» і « Кольорові долоньки». Завдання з першого разу не зрозумів, перепитував. При виконанні допускає помилки. Постійно відволікається на інших дітей. При виконанні тесту «Сплески» плутає коли потрібно плескати а коли тупотіти. При виконанні тесту «Кольорові долоньки» важко переключає увагу, орієнтується на інших дітей.

Згідно з результатами опитування та проведеним тестам можна зробити висновок що у Богдана З. явні прояви неуважності, гіперактивності й імпульсивності.

Женя Б.

Тест «Розмальовка». Завдання зрозумів з першого разу. Виконуючи роботу поспішав, постійно міняв позу за столом, вставав із стільця. Рухи імпульсивні: різкі лінії, є вихід на контури, сильне натискання олівцем. Завдання закінчив швидко.

Тест «Обведи за контуром». Завдання почув з першого разу. При виконанні завдання крутився, відволікався, вставав з місця. Лінії не рівні, не доведені до кінця.

Тести «Сплески» і « Кольорові долоньки»

Завдання слухав не уважно, відповідно з першого разу не зрозумів. При виконанні допускав багато помилок. При виконанні тесту «Сплески» плутає коли потрібно плескати а коли топати протягом усього заняття. У тесті «Кольорові долоньки» важко переключає увагу

Згідно з результатами опитування та проведеним тестам можна зробити висновок що у Жені Б. явні прояви неуважності, імпульсивності й гіперактивності.

Кирило

Тест «Розмальовка». При виконанні завдання крутився, розмовляв з іншими дітьми. Постійно ставив запитання на різні теми. Розфарбовувати намагався за лінії не вилазив. Завдання виконав швидко.

Тест «Обведи за контуром». Після отримання завдання швидко почав виконувати його. Поспішав, розмовляв з сусідом по парті, в результаті вилазив за лінії, пропускав елементи для обводу. Завдання до кінця не виконав.

Тести «Сплески» і « Кольорові долоньки»Завдання слухав не уважно, першого разу не зрозумів. При виконанні допускав багато помилок. При виконанні тесту «Сплески» плутає коли потрібно плескати а коли топати протягом усього заняття. У тесті «Кольорові долоньки» важко переключає увагу, орієнтується на інших дітей, самостійно виконати завдання важко.

Констатувальний зріз продемонстрував, що група дітей є неоднорідною: частина демонструє нормативний рівень довільної регуляції, тоді як в окремих дітей спостерігаються стійкі прояви труднощів уваги та контролю поведінки. Важливо, що прояви фіксувалися у різних типах активності (графічні завдання та правила в ігрових пробах), що підвищує надійність інтерпретації.

За узагальненими даними констатувального зрізу (демонстраційний підрахунок “виражених проявів” рівня 2 за шкалою 0–2) встановлено:

— гіперактивність (Н=2) – у 6 дітей,

— дефіцит уваги (А=2) – у 7 дітей,

— імпульсивність (І=2) – у 5 дітей.

Отриманий розподіл є логічним для дошкільних груп: компоненти “увага” та “рухова активність” часто проявляються більш масово, тоді як виражена імпульсивність (як стабільний стиль реагування) зазвичай є менш поширеною, але більш “яскравою” у поведінці.

На підставі сукупності показників та їх стійкості у різних пробах сформовано корекційну підгрупу 7 із 13 дітей. Такий принцип відбору є обґрунтованим, оскільки він спирається не на одиничний симптом, а на профіль проявів, що повторюється в декількох ситуаціях (слухання інструкції, виконання графічного завдання, виконання правила в ігровій пробі).

Згідно з результатами опитування та проведеним тестам можна зробити висновок що в Кирила явні прояви неуважності і гіперактивності.

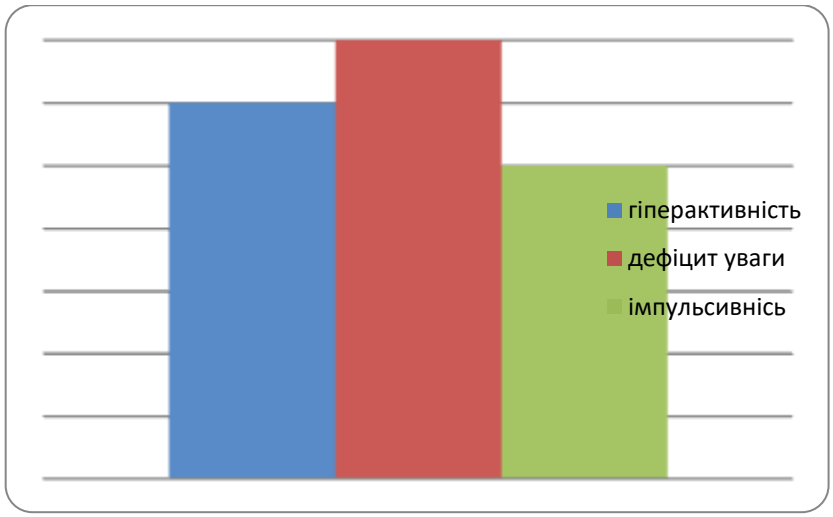


Рисунок 3.1. - Показники проявів дефіциту уваги та гіперактивності у дітей дошкільного віку

На діаграмі видно, що гіперактивність проявляється у 6 дітей , дефіцит уваги – у 7 дітей, та імпульсивність - у 5 дітей.

Після проведення тестів в класі та аналізу результатів анкетування вихователів корекційну роботу з психологом рекомендується проводити з 7 дітей з 13, а саме: з Геною, Богданом З., Женею Б., Кирилом, Пашею, Віталій, Христиною

Результати та аналіз проведених індивідуальних корекційних занять наведені в таблиці 3.2.

Таблиця 3.2. Результати індивідуальної психологічної корекції проявів дефіциту уваги і гіперактивності (ЕГ)

Ім'я	№ и тема заняття	Висновки
Паша	1. Розвиток уваги, посидючості,, навчити доводити почате до кінця, контролювати свої емоції.	при виконанні завдання Паші важко зосереджувати увагу, важко всидіти на місці
	2. Розвиток уваги, посидючості, формування вміння працювати за зразком	контролювати свої емоційні прояви Паші не вдається. Утримувати увагу вдається трохи краще. рухова активність не зменшилася.
	3. Розвиток уваги, посидючості, стриманості.	при виконанні завдання концентрує увагу трохи краще, на місці спокійно посидіти більше 10 хв так само важко, контролювати імпульсивність дій не вдається
	4. Розвиток уваги, посидючості, стриманості.	зосереджувати увагу вдається трохи краще. Паша дуже напружений, імпульсивність в діях явно виражена.
	5. Розвиток уваги, посидючості, стриманості. вміння працювати за зразком	контролювати емоційні прояви не виходить, на місці всидіти важко. Сконцентрувати увагу вдається частіше
	6. Розвиток уваги, посидючості,. вміння працювати за зразком	всидіти спокійно на стільці вдалося 15 хв. Вміння зосереджувати слухову увагу покращилось
Христина	№ и тема заняття	Висновки
	1. Розвиток уваги, посидючості,, навчити доводити почате до кінця, контролювати свої емоції.	Під час заняття Христина переказувала текст, але важко знаходить відмінності так як проявляється дефіцит уваги. Також проявляється імпульсивність

Продовження таблиці 3.2

	2. Розвиток уваги, посидючості, формування вміння працювати за зразком	Під час заняття Христина трохи довше всиділа на місці, не крутилася та значно менше задає питання на різні теми. Зосереджувати увагу як раніше не вдається
	3. Розвиток уваги, посидючості, стриманості.	Під час заняття Христина намагається контролювати свою рухову активність. Утримувати увагу важко.
	4. Розвиток уваги, посидючості, стриманості.	Зняти напругу не вдалось. Дії імпульсивні , але непосидючість проявляє себе менше. Утримувати увагу як і раніше важко
	5. Розвиток уваги, посидючості, стриманості. вміння працювати за зразком	Рухлива активність зменшується , майже не крутиться менше задає питання на різні теми. Утримує увагу не постійно.
	6. Розвиток уваги, посидючості,. вміння працювати за зразком	Гіперактивність проявляється трохи менше, але утримувати увагу важко, контролювати емоційні прояви не виходить
	№ и тема заняття	Висновки
Віталій	1. Розвиток уваги, посидючості,, навчити доводити почате до кінця, контролювати свої емоції.	Під час виконання завдання Віталя важко утримує увагу, сильно проявляється рухова активність, часто змінює положення рук та ніг, багато розмовляє.
	2. Розвиток уваги, посидючості, формування вміння працювати за зразком	контролювати свої емоційні прояви Віталі не вдається. Утримувати увагу вдається трохи краще. рухова активність не зменшилася.
	3. Розвиток уваги, посидючості, стриманості.	Під час виконання вправ Віталя проявив фантазію, вміння зосереджувати увагу. Рухи як і раніше імпульсивні , рухова активність на тому ж рівні.
	4. Розвиток уваги, посидючості, стриманості.	Під час виконання однієї з вправ Віталя показав на покращення слухової уваги. Зняти напругу не вдається.

Продовження таблиці 3.2

	5. Розвиток уваги, посидючості, стриманості. вміння працювати за зразком	Набагато швидше знаходить схожість та відмінність, що говорить о покращенні вміння зосереджувати увагу.
	6. Розвиток уваги, посидючості,. вміння працювати за зразком	Всидіти спокійно вдається довше. Контролювати імпульсивні рухи вдається трохи краще. Зіркова та слухова увага покращується.
Гена	№ и тема заняття	Висновки
	1. Розвиток уваги, посидючості,, навчити доводити почате до кінця, контролювати свої емоції.	Під час виконання завдання Гені важко утримувати увагу, він відволікається. У Гени не погано розвинена моторика. Всидіти на стільці важко, він крутиться, повертається по всім сторонам.
	2. Розвиток уваги, посидючості, формування вміння працювати за зразком	Під час заняття Гена набагато довше всидів на місці и не крутився Зосереджувати увагу важко
	3. Розвиток уваги, посидючості, стриманості.	Під час заняття Гена намагається контролювати свою рухову активність, менше бовтає ногами під столом. Утримувати увагу важко.
	4. Розвиток уваги, посидючості, стриманості.	Під час вправ зняти напругу не вдалось Зосереджувати увагу вийшло трохи краще Рухова активність трохи знизилась.
	5. Розвиток уваги, посидючості, стриманості. вміння працювати за зразком	Утримувати увагу постійно не виходить. Рухова активність знижується. Більш не крутиться по сторонам.
	6. Розвиток уваги, посидючості,. вміння працювати за зразком	Зосереджувати увагу знову знову важко . Всидіти на місці спокійно и вдається
Богдан З.	№ и тема заняття	Висновки
	1. Розвиток уваги, посидючості,, навчити доводити почате до кінця, контролювати свої емоції.	Під час виконання завдання Богдан З важко утримує увагу, сильно проявляється рухова активність, часто змінює положення рук та ніг, багато розмовляє.

Продовження таблиці 3.2

	2. Розвиток уваги, посидючості, формування вміння працювати за зразком	контролювати свої емоційні прояви Богдан З не вдається. Утримувати увагу вдається трохи краще. рухова активність не зменшилася.
	3. Розвиток уваги, посидючості, стриманості.	Під час виконання вправ Богдан З проявив фантазію, вміння зосереджувати увагу. Рухи як і раніше імпульсивні , рухова активність на тому ж рівні.
	4. Розвиток уваги, посидючості, стриманості.	Під час виконання однієї з вправ Богдан З показав на покращення слухової уваги. Зняти напругу не вдається.
	5. Розвиток уваги, посидючості, стриманості. вміння працювати за зразком	Набагато швидше знаходить схожість та відмінність, що говорить о покращенні вміння зосереджувати увагу.
	6. Розвиток уваги, посидючості,. вміння працювати за зразком	Всидіти спокійно вдається довше. Контролювати імпульсивні рухи важко . Зіркова та слухова увага покращується.
Ки рило	№ и тема заняття	Висновки
	1. Розвиток уваги, посидючості,, навчити доводити почате до кінця, контролювати свої емоції.	при виконанні завдання Кирилу важко зосереджувати увагу, важко всидіти на місці
	2. Розвиток уваги, посидючості, формування вміння працювати за зразком	контролювати свої емоційні прояви Кирилу не вдається. Утримувати увагу вдається трохи краще. рухова активність не зменшилася.
	3. Розвиток уваги, посидючості, стриманості.	при виконанні завдання концентрує увагу трохи краще, на місці спокійно посидіти більше 10 хв так само важко, контролювати імпульсивність дій не вдається
	4. Розвиток уваги, посидючості, стриманості.	зосереджувати увагу вдається трохи краще. Кирил дуже напружений, імпульсивність в діях явно виражена.
	5. Розвиток уваги, посидючості, стриманості. вміння працювати за зразком	контролювати емоційні прояви не виходить, на місці всидіти важко. Сконцентрувати увагу вдається частіше

Продовження таблиці 3.2

	6. Розвиток уваги, посидючості,. вміння працювати за зразком	всидіти спокійно на стільці вдалося 15 хв. Вміння зосереджувати слухову увагу покращилось
Женя Б	№ и тема заняття	Висновки
	1. Розвиток уваги, посидючості,, навчити доводити почате до кінця, контролювати свої емоції.	Під час виконання завдання Жені Б важко утримувати увагу, він відволікається. У Жені Б не погано розвинена моторика. Всидіти на стільці важко, він крутиться, повертається по всім сторонам.
	2. Розвиток уваги, посидючості, формування вміння працювати за зразком	Під час заняття Жені Б набагато довше всидів на місці и не крутився Зосереджувати увагу важко
	3. Розвиток уваги, посидючості, стриманості.	Під час заняття Жені Б намагається контролювати свою рухову активність, менше бовтає ногами під столом. Утримувати увагу важко.
	4. Розвиток уваги, посидючості, стриманості.	Під час вправ зняти напругу не вдалось Зосереджувати увагу вийшло трохи краще Рухова активність трохи знизилась.
	5. Розвиток уваги, посидючості, стриманості. вміння працювати за зразком	Утримувати увагу постійно не виходить. Рухова активність знижується. Більш не крутиться по сторонам.
	6. Розвиток уваги, посидючості,. вміння працювати за зразком	Зосереджувати увагу знову важко . Всидіти на місці спокійно вже вдається

Після завершення програми психокорекції було проведено контрольний зріз за ідентичною процедурою. За демонстраційними даними спостерігається зниження частоти виражених проявів (рівень 2) за всіма трьома індикаторами: гіперактивність (Н=2) зменшилась з 6 до 2 дітей, дефіцит уваги (А=2) – з 7 до 3 дітей, імпульсивність (І=2) – з 5 до 2 дітей.

Така динаміка показників лемонструє, що після психологічної корекції у більшості дітей прояви переходять показників вираженогоі систематичного рівня прояву у помірні і епізодичні або стають ситуативними.

Разом з тим, частотний аналіз завжди потребує уточнення за рахунок інтенсивності проявів: навіть якщо дитина формально “вийшла” з категорії Н=2, у неї можуть зберігатися епізодичні труднощі. Тому в роботі доцільно поєднувати:

1. частоти (скільки дітей мають рівень 2),
2. середні/інтенсивність (наскільки зменшилась вираженість у підгрупі),
3. якісні зміни (що саме стало краще: утримання інструкції, зменшення рухової метушливості, зниження помилок у правилах тощо).

У корекційній підгрупі середній сумарний показник дефіциту уваги (А-бал) зменшився з М=6,57 до М=5,00, тобто на –1,57 бала (≈ –23,9%). Це означає, що після програми діти рідше відволікалися, менше потребували повторення інструкції, рідше пропускали елементи, а також частіше доводили завдання до кінця.

На індивідуальному рівні покращення за показником А спостерігається у 6 із 7 дітей, у 1 дитини показник залишився без змін. Такий результат є очікуваним: дефіцит уваги зазвичай піддається корекції через тренування довільної регуляції, структурування діяльності, підкріплення послідовності та формування навичок 1. дослухати інструкцію; 2. виконати; 3. перевірити.

Таким чином, зниження А-балу можна розглядати як зростання компонентів довільності:

— підвищення стійкості уваги (довше утримують завдання),

— краща вибірковість (менше реакцій на сторонні стимули),

— зменшення “розпаду” інструкції (менше перепитувань, менше хаотичних переходів між діями).

За епізодами гіперактивності (вставання, ходіння, рухова метушливість) у підгрупі спостерігається найбільш виразна зміна: середня кількість епізодів зменшилась з M=5,71 до M=3,43 (зміна –2,29 епізоди, тобто –40%).

Покращення за H зафіксовано у всіх 7 дітей. Це дозволяє зробити висновок, що програма (за демонстраційною моделлю) особливо ефективно вплинула на поведінковий рівень саморегуляції: дитина довше зберігає позу, менше переміщується, рідше втручається в роботу інших.

Зазначимо, що навіть зниження на 2–3 епізоди за заняття може суттєво полегшити роботу вихователя та групову взаємодію, оскільки зменшується кількість “зривів” навчальної ситуації та конфліктних моментів.

Середній показник імпульсивності (I-бал) знизився з M=5,71 до M=4,00 (зміна –1,71, тобто –30%).

Покращення спостерігається у всіх 7 дітей. Змістовно це узгоджується зі спостережуваними проявами імпульсивності в графічних пробах:

— менше різких ліній та виходів за контур,

— більш контрольований натиск,

— менше “поспішних” неузгоджених дій,

— більше дотримання правила у пробах “Сплески» «Кольорові Долоньки”.

Разом із тим, імпульсивність часто є більш стійкою рисою реагування, ніж гіперактивність, тому навіть після корекції вона може зберігатися як епізодичні прояви (особливо у ситуаціях хвилювання, конкуренції або перевтоми). Саме тому в практичних рекомендаціях важливо передбачати підтримувальні механізми (рутини самоконтролю, паузи, “стоп-сигнали”, тренування гальмування реакції).

Аналіз помилок у пробах на правило (“Хлопки” та “Кольорові долоньки”) виступав маркером гальмівного контролю та переключення уваги і показав, що у підгрупі середня кількість помилок у пробі “Сплески»”

знизилася з M=6,29 до M=3,29 (зміна –3,00, тобто –47,7%). Покращення зафіксовано у всіх 7 дітей.

Оскільки ця проба вимагає одночасно утримувати інструкцію та гальмувати автоматичну реакцію, зниження помилок є важливим індикатором зростання гальмівного контролю. Саме гальмівний контроль є одним з ключових механізмів у корекції імпульсивності та поведінкової дезорганізації.

Середня кількість помилок у пробі “Кольорові долоньки” зменшилася з M=5,57 до M=3,29 (зміна –2,29, тобто –41,0%). Покращення спостерігались у 7 із 7 дітей. Ця проба більш чутлива до переключення уваги та швидкості перебудови дії за новим правилом. Зменшення помилок свідчить про покращення когнітивної гнучкості (у межах вікової норми) і здатності виконувати інструкції без постійної опори на інших дітей.

Якщо об’єднати помилки двох проб (“Сплески»” + “Кольорові Долоньки”) в інтегральний індикатор, середнє значення знижується з M=11,86 до M=6,57 (зміна –5,29, тобто –44,6%). Цей інтегральний показник зручний для підсумкового висновку: програма дала суттєве зниження помилок там, де потрібні самоконтроль, слухова увага та переключення.

Окремо важливо оцінювати не лише “помилки”, а й факт завершення завдання, що є простим і наочним показником довільної регуляції та витримки. За демонстраційними даними у підгрупі кількість дітей, які завершили графічні завдання, зросла з 2 до 6 (із 7).

Середній показник завершеності (0/1) підвищився з M=0,29 до M=0,86. Покращення завершеності спостерігається у 4 дітей, у 3 — без змін (і погіршень немає).

Завершеність часто є “підсумковим” показником, який інтегрує кілька процесів:

— стійкість уваги,

— мотивацію на результат,

— витримку та терпіння,

— самоконтроль (не “зриватися” на інші стимули),

— організацію темпу.

Тому ріст завершеності після програми є важливим практичним аргументом на користь ефективності втручання, а саме - дитина не лише “менше помиляється”, а й доводить справу до кінця.

Середній ефект у групі не скасовує того, що діти реагують на програму по-різному. Для якісної інтерпретації важливо виділити 3 типи траєкторій:

1) Виражене покращення за більшістю показників. До цього типу можна віднести Гену, Богдана З., Женю Б.: у них помітно знижуються показники нестійкості уваги, гіперактивності, імпульсивності та помилок у правилах, а також зростає завершеність. Це може вказувати на те, що провідною проблемою у цих дітей була недостатня сформованість навичок саморегуляції довільності, які добре тренуються при систематичному корекційному впливі.

Отже, таким дітям після завершення програми достатньо підтримувальних умов (структурування середовища, чіткі інструкції, ритуали “початок–середина–кінець”, позитивне підкріплення витримки).

2) Помірне покращення із “залишковим симптомом”. Прикладом є Віталій: суттєво зменшуються прояви гіперактивності та помилки у пробах, однак імпульсивність може зберігатися на високому рівні (різкість ліній, натиск, поспішність). Це типова ситуація: імпульсивність часто потребує довшого та більш індивідуалізованого тренування, інколи із залученням батьківських стратегій реагування.

Отже, доцільні короткі регулярні вправи на гальмування реакції, ігри “стоп–рух”, “повільно–швидко”, розвиток “внутрішнього плану дії” (спочатку подумай і перевір).

3) Мінімальні зміни із стійкими проявами. Найбільш показовим у демонстраційних даних є випадок Христини. У дівчинки помітні лише

невеликі покращення, а виражені прояви зберігаються. Це вказую на те, що програма може бути ефективною “в середньому”, але частині дітей потрібні додаткові умови (індивідуальний формат, робота з емоційною реактивністю, сімейні фактори, консультація суміжних фахівців). Для цієї групи дітей при стійких проявах доцільно:

— збільшити тривалість/інтенсивність індивідуальної роботи,

— додати компонент емоційної регуляції (агресивність/підвищений голос),

— узгодити єдині правила “дім–садок”,

— за потреби — скерувати на поглиблену діагностику.

Окремо варто згадати Кирила. За його результатами показник дефіциту уваги може залишатися високим (без змін), попри покращення в гіперактивності та помилках. Це типова ситуація, коли первинним механізмом є саме нестійкість уваги, і тоді програма має включати більше вправ на “утримання завдання”, роботу з темпом та розвиток довільної уваги.

Аналіз результатів групової роботи з психокорекції проявів дефіциту уваги та гіперактивності у дітей дошкільного віку сідчить, що дітям було важко (особливо на першому груповому занятті) виконувати завдання, які потребують групової взаємодії, також було важко зберігати увагу під час ігор, часто проявляли нецілеспрямовану рухову активність. Наприклад, більша частина дітей бігали, намагалися порушувати правила поведінки, причому в таких ситуаціях, коли це неприйнятно, утруднено стримуються і чекають своєї черги в різних ситуаціях. Але потім під час ігор деякі діти почали зосереджуватись, уважніше слухати правила гри, потроху з’явилась посидючість. Діти стали більш організованими, стали прислухатися одне до одного.

Динаміку показників до і після психокорекції проявів дефіциту уваги і гіперактивності в експериментальній групі дітей представлено в Таблиці 3.3. В таблиці представлено наступні показники А — дефіцит уваги; Н — гіперактивність; І — імпульсивність за шкалою: 0 — відсутні; 1 — епізодично/помірно; 2 — виражено/систематично.

Таблиця 3.3 Профілі проявів дефіциту уваги і гіперактивності за трьома індикаторами (констатувальний і контрольний зріз)

Дитина	До програми: А/Н/І	Після програми: А/Н/І
Даша	0 / 0 / 0	0 / 0 / 0
Паша	2 / 2 / 2	2 / 2 / 1
Гена	2 / 1 / 0	1 / 0 / 0
Віталя	2 / 2 / 2	1 / 1 / 2
Женя	1 / 0 / 0	0 / 0 / 0
Максим	0 / 0 / 0	0 / 0 / 0
Діана	1 / 0 / 0	1 / 0 / 0
Олег	1 / 0 / 0	1 / 0 / 0
Сергій	0 / 0 / 1	0 / 0 / 1
Христина	2 / 2 / 2	2 / 2 / 2
Богдан З.	2 / 2 / 2	1 / 1 / 1
Женя Б.	2 / 2 / 2	1 / 1 / 1
Кирило	2 / 2 / 0	2 / 1 / 0

Представлені дані свідчать про ефективність запропонованої програми психокорекції, яка дала позитивні результати. В цілому можна стверджувати, що реальні зміни в організації довільної психічної діяльності дітей із проявами дефіциту уваги та гіперактивності проявились у наступних тенденціях:

1. Спостерігається менше рухової метушливості і ажитації, що призводить до зниження зривів заняття, відволікання інших дітей, що впливає на спокійніший темп групи.

2. Менше помилок у правилах і таким чином дитина краще “тримає інструкцію”, легше включається в ігри та навчальні завдання, менше конфліктує через непорозуміння правил.

3. З’явились вищі показники завершеності вправ, а отже зростає навчальна продуктивність, у дитини формується досвід успіху (“я можу довести до кінця”), що підсилює мотивацію.

4. Очевидним стає зниження імпульсивності і таким чином фіксується менше “поспішних” реакцій, більш охайне виконання, менше ламання олівців, псування матеріалів, агресивних поведінкових реакцій, краща якість дрібної моторики в організованій діяльності.

Висновок до розділу 3

За результатами порівняння констатувального та контрольного зрізів (демонстраційні дані) встановлено позитивну динаміку за трьома ключовими індикаторами саморегуляції: зменшення частоти виражених проявів гіперактивності (з 6 до 2 дітей), дефіциту уваги (з 7 до 3 дітей) та імпульсивності (з 5 до 2 дітей).

У корекційній підгрупі (n=7) спостерігається зниження середніх показників дефіциту уваги (–23,9%), гіперактивності (–40%), імпульсивності (–30%), а також істотне зменшення помилок у пробах на правило (“Сплески”, “Кольорові долоньки”) і зростання завершеності графічних завдань (з 2 до 6 дітей, які завершують завдання).

Таким чином, отримані результати узгоджуються з припущенням про позитивний вплив програми психокорекції на розвиток довільної регуляції поведінки та уваги у дітей дошкільного віку, водночас зберігається потреба в індивідуалізації роботи для дітей зі стійкими проявами.

ВИСНОВКИ

Прояви дефіциту уваги та гіперактивності є досить поширеним порушенням дитячого віку і являє собою складну і актуальну мультидисциплінарної проблему. Маючи в своїй основі біологічні механізми, вони проявляються у порушеннях когнітивної, емоційної і вольової сфер дитини і реалізуються в соціальної дезадаптації особистості.

До специфічних ознак психічної діяльності дітей дошкільного віку з проявами гіперактивності та дефіциту уваги належать:

— Порушення уваги: 1) нездатність зберігати увагу: дитина не може виконати завдання до кінця, незібрана при його виконанні, 2) зниження вибіркової уваги, нездатність надовго зосередитися на предметі, 3) часті забування того, що потрібно зробити, 4) підвищене відволікання, підвищена збудливість: діти метушливі, непосидючі, часто переключаються з одного заняття на інше; 5) стійке зниження уваги в незвичних ситуаціях, коли необхідно діяти самостійно.

— Імпульсивність: 1) неохайне виконанням завдань, незважаючи на зусилля все робити правильно, 2) часті вигуки з місця та інші гучні витівки під час занять, 3) «влізання» в розмову або роботу інших дітей, 4) нездатність чекати своєї черги в іграх, під час занять і т. д.; 5) часті бійки з іншими дітьми (причина - не погані наміри або жорстокість, а невміння програвати).

— Гіперактивність - діти безперервно або імпульсивно бігають, повзають, деруться, вони непосидючі, постійно зриваються і знову сідають, метушливі. Рухова активність і якісно, і кількісно відрізняється від вікової норми.

З огляду на вказані особливості психокорекційна робота повинна бути спрямована на 1) розвиток уваги дитини (концентрація, переключення, розподіл); 3) тренування психомоторних функцій; 4) зниження емоційної напруги; 5) тренування впізнавання емоцій за зовнішніми сигналами; 6)

навчання дітей виразним рухам; 7) формування у дітей моральних уявлень.

Раннє виявлення труднощів саморегуляції й своєчасне застосування корекційних заходів підвищують шанси на стабілізацію поведінки, оптимізацію розвитку довільної уваги та покращення соціальної адаптації дитини.

Аналіз напрямів психокорекції засвідчив доцільність поєднання нейропсихологічних, синдромально орієнтованих, поведінкових і сімейно-системних інструментів. Нейропсихологічні підходи дозволяють посилювати базові ланки регуляції через вправи, що «добудовують» недостатньо сформовані компоненти, тоді як системний (синдромальний) підхід забезпечує точне розрізнення наміру й можливостей дитини та допомагає уникати перевантаження: складні прояви розкладаються на керовані компоненти, які відпрацьовуються поетапно. Поведінкові технології формують керованість у реальному середовищі завдяки правилам, прогнозованим наслідкам і систематичному позитивному підкріпленню, а робота із сім'єю і педагогами зменшує хаотичність вимог, підсилює послідовність дорослих і створює умови перенесення набутих навичок у повсякденне життя.

Ефективна програма психокорекції гіперактивності та дефіциту уваги у дітей дошкільного віку повинна мати комплексний характер і будуватися із урахуванням специфічних порушень процесів активації, гальмування та саморегуляції, характерних для синдрому гіперактивності та дефіциту уваги.

Таким чином, впровадження ефективної програми психокорекції проявів гіперактивності та дефіциту уваги значно стабілізує поведінку і призводить до позитивних зрушень показників уваги та саморегуляції даної категорії дітей.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бужинецька К. До проблеми вивчення гіперактивного розладу із дефіцитом уваги у дітей (фокус: прояви/діагностичні підходи). *Особлива дитина: навчання і виховання*. 2022. 106(2). С. 49–58. DOI : 10.33189/ectu.v106i2.105.

2. Ведення дітей та осіб молодого віку із синдромом дефіциту уваги та гіперкінетичними розладами. *Дитячий лікар*. 2010;2(4). С. 61–64.

3. Горбунова В. В. Психологічна корекція поведінкових проявів гіперактивності у дошкільників. *Вісник ЗНУ. Педагогічні науки* (приклад української фахової публікації). 2020. DOI : 10.26661/2310-4368/2020-3-4.

4. Грищенко С. В. Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю в дітей віком 6–8 років як медико-соціальна проблема. *Сучасна педіатрія. Україна*. 2024. Вип. 1(137). С. 143–152. DOI :10.15574/SP.2024.137.143.

5. Державний експертний центр МОЗ України. *Розлад із дефіцитом уваги та гіперактивністю у дітей та молоді: клінічна настанова, заснована на доказах*. 2019 (онлайн).

6. Жук О. П., Матохнюк Л. О. Психологічні інструменти корекції проявів СДУГ у дітей дошкільного віку. *Проблеми сучасної психології*. 2023. DOI : 10.32626/2227-6246.2023-58.24-38.

7. Закон України «Про освіту» (інклюзивне навчання, підтримка ООП; за потреби для розділу про психолого-педагогічний супровід). URL : https://zakon.rada.gov.ua/.

8. Князєв В. Вплив соціально-психологічних чинників на поведінкові порушення у дітей із розладом дефіциту уваги та гіперактивністю. *Перспективи та інновації науки.* Серія «Психологія». 2024. № 10(44). С. 941–954. DOI : 10.52058/2786-4952-2024-10(44)-941-954.

9. Князєв В. М. Особливості впровадження індивідуальної комплексної корекційної програми при психологічному супроводі дітей із СДУГ дошкільного та молодшого шкільного віку. *Науковий вісник Херсонського державного університету.* Серія : Психологічні науки. 2021. Вип. 2. С. 69–77. DOI : 10.32999/ksu2312-3206/2021-2-8.

10. Князєв В. М. Особливості самооцінки та розвитку у дітей із розладом дефіциту уваги з гіперактивністю. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського.* Серія : Психологія. 2023. Вип. 34(73) № 3. С. 34–39. DOI : 10.32782/2709-3093/2023.3/06.

11. Князєв В. М. Теоретична та операціональна модель дослідження впливу комплексу чинників за умови різних форм РДУГ. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. 2023. Вип. (2). С. 21–26. DOI : 10.32782/psy-visnyk/2023.2.4.

12. Князєв В., Мілютіна К. Особливості толерантності до невизначеності у дітей із СДУГ. *Вісник КНУ ім. Тараса Шевченка (Психологія)*. Т. 2, № 12. С. 61–65. DOI : 10.17721/BSP.2020.2(12).11.

13. Князєв В., Зеленін В. Вплив несприятливого дитячого досвіду батьків на формування стилю батьківського виховання дітей із РДУГ. *Науковий часопис УДУ імені Михайла Драгоманова.* Серія 12 : Психологічні науки. 2023. 22(67). С. 36–48. DOI : 10.31392/UDU-nc.series12.2023.22(67).05.

14. Компанець Н. М. Особливості довільної поведінки у дітей із розладами гіперактивності з дефіцитом уваги. *Особлива дитина: навчання і виховання*. 2020. № 4(96). С. 44–55.

15. Корекційно-розвивальна робота з дітьми із СДУГ: підходи та результати. *Проблеми сучасної психології*. 2020. DOI : 10.32626/2227-6246.2020-50.150-161.

16. МОЗ України. *Настанова (клінічна настанова) щодо СДУГ* (ресурс реєстру медико-технологічних документів). URL : https://guidelines.moz.gov.ua/.

17. Мозгова Г. П., Руденко Л. М., Співак Л. М. Увага та її порушення в контексті нейропсихологічної та біосоціальних моделей: аналіз публікацій. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського.* Серія : Психологія. 2023. № 6. DOI : 10.32782/2709-3093/2023.6/08.

18. Накази/листи МОН України щодо інклюзивної освіти та діяльності ІРЦ (за релевантністю практичного розділу; доберіть під ваш заклад/період). URL : https://mon.gov.ua/.

19. Орлов М. The potential of non-invasive brain stimulation in disorders of cognitive functions in children. *Особлива дитина: навчання і виховання*. 2024.

20. Оситковська О. О., Баієр О. О. Розлад дефіциту уваги з гіперактивністю: вікові й ґендерні аспекти. *Вісник післядипломної освіти* Серія : Психологічні науки. 2020.

21. Осітковська О., Байєр О. Статеві відмінності в розладі дефіциту уваги з гіперактивністю: стислий літературний огляд.

22. Перепада О. С. Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю як медико-психологічна проблема. *Проблеми сучасної психології*. 2010. Вип. 10. С. 577–586. DOI : 10.32626/2227-6246.2010-10.%p.

23. Психолого-педагогічні умови підтримки саморегуляції дошкільників із проявами гіперактивності. *Освіта та наука*. 2019. DOI : 10.15330/esu.10.72-81.

24. Смутчак С. Б. Розлад дефіциту уваги з гіперактивністю: вікові й ґендерні аспекти. *Вісник післядипломної освіти*. Серія «Соціальні та поведінкові науки; Управління та адміністрування». 2025.

25. Achenbach T. M., Rescorla L. A. *Manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles (CBCL/1½–5)*. Burlington, VT : University of Vermont, 2000.

26. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. 4th ed. Washington, DC: APA; 1994.

27. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)*. 4th ed., text rev. Washington, DC: APA; 2000.

28. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR)*. Washington, DC : APA, 2022.

29. Barkley R. A. *ADHD and the Nature of Self-Control*. New York : Guilford Press, 1997.

30. Barkley R. A. *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*. 4th ed. New York : Guilford Press, 2015. ISBN 9781462538874.

31. Conners C. K. Conners Early Childhood (Conners EC) Manual. Toronto : Multi-Health Systems (MHS), 2009.

32. Daley D., van der Oord S., Ferrin M. та ін. Practitioner Review: Current best practice in the use of parent training and other behavioural interventions in the treatment of children and adolescents with ADHD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2018. DOI : 10.1111/jcpp.12825.

33. Dekkers T. J., Hornstra R., van der Oord S. та ін. Meta-analysis: Which components of parent training work for children with ADHD? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2022. DOI : 10.1016/j.jaac.2021.06.015.

34. Doffer A. E., Rønholt C., Petersen K. B. та ін. Nonpharmacological interventions for children with ADHD: systematic review and meta-analysis (оновлений огляд). *JCPP Advances*. 2023. DOI : 10.1002/jcv2.12196.

35. DuPaul G. J., Power T. J., Anastopoulos A. D., Reid R. *ADHD Rating Scale–5 for Children and Adolescents: Checklists, Norms, and Clinical Interpretation*. New York : Guilford Press, 2016.

36. DuPaul G. J., Stoner G. *ADHD in the Schools: Assessment and Intervention Strategies*. 3rd ed. New York : Guilford Press, 2014.

37. Evans S. W., Owens J. S., Wymbs B. T., Ray A. R. Evidence-Based Psychosocial Treatments for Children and Adolescents With ADHD. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2018. DOI: 10.1080/15374416.2017.1390757.

38. Eyberg S. M., Funderburk B. *Parent–Child Interaction Therapy (PCIT) Protocol / Treatment Manual*. (Офіційний ресурс: PCIT International) URL : https://www.pcit.org/.

39. Gioia G. A., Espy K. A., Isquith P. K. *Behavior Rating Inventory of Executive Function—Preschool Version (BRIEF-P)*. 2003. (інфо/опис інструмента: URL : https://surl.li/gwuoxh

40. Goodman R. *Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ):* матеріали та форми (офіційний ресурс). URL : https://www.sdqinfo.org/.

41. Groenman A. P., Hornstra R., Hoekstra P. J. та ін. Individual participant data meta-analysis of behavioral interventions in ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2022. DOI : 10.1016/j.jaac.2021.02.024.

42. Halperin J. M., Marks D. J. Practitioner Review: Assessment and treatment of preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2019. DOI : 10.1111/jcpp.13014.

43. Healey D. M., Halperin J. M. Enhancing neurobehavioral gains with the aid of games and exercise (ENGAGE): RCT / evaluation. *Scientific Reports*. 2019. DOI : 10.1038/s41598-019-40234-0.

44. Hinshaw S. P., Ellison K. *ADHD: What Everyone Needs to Know*. New York : Oxford University Press, 2018. ISBN 9780190223793.

45. Huang L., Wang Y., Zheng C. та ін. Parent-implemented early intervention for children with ADHD: RCT. *BMC Pediatrics*. 2021. DOI : 10.1186/s12887-021-03046-8.

46. Kazdin A. E. *Parent Management Training: Treatment for Oppositional, Aggresive, and Antisocial Behavior in Children and Adolescents*. New York : Oxford University Press, 2008. DOI : 10.1093/med:psych/9780195386004.001.0001.

47. Korkman M., Kirk U., Kemp S. *NEPSY–II: A Developmental Neuropsychological Assessment*. Pearson, 2007.

48. Lahey B. B., et al. Predictive validity of ICD-10 hyperkinetic disorder relative to DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder among younger children. *Journal Child Psychol Psychiatry*. 2006. DOI : 10.1111/j.1469-7610.2005.01590.x.

49. Lambez B., Harwood-Gross A., Golumbic E. Z., Rassovsky Y. Non-pharmacological interventions for ADHD: systematic review and meta-analysis (cognitive/EF outcomes). *Journal of Psychiatric Research*. 2020. DOI : 10.1016/j.jpsychires.2019.10.007.

50. Lange A.-M., Daley D., Frydenberg M. та ін. Parent training for preschool ADHD in routine specialist care: RCT. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2018. DOI : 10.1016/j.jaac.2018.04.014.

51. Lange K. W., Reichl S., Lange K. M., Tucha L., Tucha O. The history of attention deficit hyperactivity disorder. *Atten Defic Hyperact Disord*. 2010 (PMC).

52. Li X., Gao X., Zhang Y. та ін. Behavioral parent training for preschool children with ADHD in China: randomized trial protocol. *Trials*. 2025. DOI : 10.1186/s13063-025-09156-3.

53. Mahone E. M., Denckla M. B. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Historical Neuropsychological Perspective. *Journal Int Neuropsychol Soc*. 2017 (огляд).

54. Murray D. W., Childress A., Giblin J. та ін. The Incredible Years Programs for ADHD in young children: randomized controlled trial protocol. *Journal of Attention Disorders*. 2018. DOI : 10.1177/1063426617717740.

55. New Forest Parenting Programme (NFPP): опис/впровадження (див. також статтю-адаптацію Thompson M. J. J. та ін., 2017). DOI : 10.1002/pchj.159.

56. NICE. *Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management (NG87).* 2018 (оновлення за редакціями NICE). URL : https://www.nice.org.uk/guidance/ng87.

57. Prinstein M. J., Youngstrom E. A., Mash E. J., Barkley R. A. (eds.). *Treatment of Disorders in Childhood and Adolescence*. 4th ed. New York : Guilford Press, 2019. ISBN 9781462538980.

58. Reynolds C. R., Kamphaus R. W. *BASC-3: Behavior Assessment System for Children*. Pearson, 2015.

59. Sanders M. R. *Triple P—Positive Parenting Program* (опис програм/матеріалів). URL : https://www.triplep.net/.

60. Shuai L., Daley D., Wang Y. та ін. Executive Function Training for preschoolers with ADHD: randomized controlled trial. *Journal of Attention Disorders*. 2021. DOI: 10.1177/1087054720956723.

61. Sibley M. H., Arnold L. E., Swanson J. M. та ін. Non-pharmacological interventions for ADHD in children and adolescents. *The Lancet Child & Adolescent Health*. 2023. DOI : 10.1016/S2352-4642(22)00381-9.

62. Sonuga-Barke E. J. S., Thompson M., Abikoff H. та ін. A multi-centre RCT comparing specialised individual parent training vs generic group programme vs TAU for preschool ADHD. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2018. DOI : 10.1007/s00787-017-1054-3.

63. Sparrow S. S., Cicchetti D. V., Saulnier C. A. *Vineland Adaptive Behavior Scales*. 3rd ed. Pearson, 2016.

64. Tee C. W. Behavioral Parent Training for preschool children with ADHD (приклад контрольованого втручання). *Behavioural Neurology* (Hindawi/Wiley). 2023. DOI : 10.1155/2023/3735634.

65. Thompson M. J. J., Au A., Laver-Bradbury C. та ін. Adapting an ADHD parent training intervention to different cultural contexts (NFPP implementation). *Psych Journal*. 2017. DOI : 10.1002/pchj.159.

66. Tripp G., Luk S. L. DSM-IV and ICD-10: a comparison of the correlates of ADHD and hyperkinetic disorder. *Journal Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999;38(2):156–164. DOI :10.1097/00004583-199902000-00014.

67. Webster-Stratton C. *The Incredible Years® Programs* (опис програм/матеріалів). URL : https://incredibleyears.com/.

68. Wechsler D. *WPPSI-IV: Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence—Fourth Edition*. Pearson, 2012.

69. Westwood S. J., Crisci G., Konrad K. та ін. Computerized cognitive training in ADHD: meta-analysis. *Molecular Psychiatry*. 2023. DOI : 10.1038/s41380-023-02000-7.

70. Westwood S. J., Crisci G., M., та ін. Neurofeedback for ADHD: systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2025. DOI : 10.1001/jamapsychiatry.2024.3702.

71. Wolraich M. L., Hagan J. F., Allan C., et al. Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of ADHD in Children and Adolescents. *Pediatrics*. 2019. Vol. 144(4):e20192528. DOI :10.1542/peds.2019-2528.

72. World Health Organization. *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics* (ADHD / код 6A05). URL : https://icd.who.int/.

73. World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: WHO; 1992. (PDF).