

обвиненням, подразжителен и часто принимает внезапные иррациональные решения. Вероятно, тревожность снизится, если этот супруг сможет исправить свое слишком жесткое или подозрительное поведение. Если у обоих супругов низкий балл по Q4, это часто говорит о том, что отношения между ними удовлетворительны.

Выводы: В статье рассмотрены все отдельные шкалы, а также предложены рекомендации по психотерапевтической работе в семейном консультировании. Каждая из 16 шкал предполагает определенные результаты по другим шкалам, а вместе составляющие типичные конфигурации.

Литература:

1. Cattell, Heather Burkett, The 16PF: Personality in Depth, Institute for Personality and Ability Testing, Champaign, Illinois, 1989.
2. Karson, Samuel & O'Dell, Jerry, A Guide to the Clinical Use of the 16PF, Institute for Personality and Ability Testing, Champaign, Illinois, 1976.
3. World Health Organization, The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders, World Health Organization, Geneva, 1992.
4. Cattell, Raymond, Eber, Herbert and Tatsuoka, Maurice, Handbook for the sixteen personality factor questionnaire, Institute for Personality and Ability Testing, Champaign IL, 1992.
5. Cattell, Heather and Schuerger, James, Essentials of 16PF Assessment, John Wiley & Sons, Hoboken NJ, 2003.
6. Nurse, Rodney, Family Assessment, effective uses of personality tests with couples and families, John Wiley & Sons, New York, NY, 1999.
7. Meyer, Robert, The clinician's handbook, integrated diagnostics, assessment and intervention in adult and adolescent psychopathology, Allyn & Bacon, Needham Heights, MA, 1993.

Резюме. У статті розглянуто особливості застосування тесту Кеттелла в сімейному консультуванні, розкрито всі окремі шкали що до їх застосування в сімейному консультуванні, а також запропоновані поради з сімейної терапії.

Ключові слова: тест Кеттелла, фактори, особистість, сімейне консультування, сімейна терапія.

Резюме. В статье рассмотрены особенности применения теста Кеттелла в семейном консультировании, раскрыты все отдельные шкалы относительно их применения в семейном консультировании, а также предложены рекомендации в семейной терапии.

Ключевые слова: тест Кеттелла, факторы, личность, семейное консультирование, семейная терапия.

© 2012

Л. Я. Прокопів (м. Івано-Франківськ)

МЕТОДИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ГІПЕРАКТИВНИМ ДІТЯМ

Постановка проблеми. Проблема психологічної допомоги дітям з індивідуальними особливостями розвитку є однією з найважливіших в сучасній віковій і педагогічній психології.

Поширена думка, що явище гіперактивності – це нормальна поведінкова реакція теперішнього покоління. Медики і психологи вважають, що гіперактивність – це реакція на прискорений ритм сучасного життя і неконтрольований обвал потоку інформації на дитину. У 2004 р. Всесвітня асоціація дитячої та підліткової психіатрії та суміжних професій (IACAPAP) визнала синдром дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ) проблемою номер один у сфері охорони здоров'я дітей.

Діти, що мають синдром дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ) відносяться до категорії дітей з нормальним розвитком і повинні виховуватися разом з однолітками, відвідувати дошкільні навчальні заклади, а згодом і загальноосвітню школу. Однак такі діти мають специфічні особливості розвитку психіки, поведінки і діяльності, які без спеціально організованої психологічної допомоги можуть перерости в патологічні і стати причиною соціальної дезадаптації.

Етіологія гіперактивності в дитячому віці зумовлена сукупністю біологічних, психологічних і соціальних факторів. Вчені ведуть наукові дискусії з приводу того, який чинник є визначальним у виникненні і розвитку СДУГ і які методи корекції цього розладу є найбільш ефективними. Наукові й експериментальні дослідження в цьому напрямку активно ведуться за кордоном (Р. Барклі, І. Л. Арцишевська, Д. Вольф, Р. Браун, А. О. Єськова, М. М. Заваденко, Ю. С. Шевченко, Г. Б. Моніна, О. В. Халецька, М. Раттер). Проте у нашій державі проблема психокорекції СДУГ у дітей дошкільного віку є досить новою і актуальною (О. Романчук, Є. Суковський, І. Марценківський, О. Тохтамиш). В Україні ще бракує спеціалістів, які мають підготовку в галузі когнітивно-поведінкової терапії, немає програм дієвого психосоціального впливу на дітей з поведінковими розладами в дошкільних закладах, у школі та в середовищі за місцем проживання, відсутні дитячі психотерапевти. Це зумовлює значно гірший, ніж у європейських однолітків, перебіг гіперактивних розладів. Близько 60-70% таких

українських дітей мають серйозні труднощі в опануванні навчальної програми, виражені поведінкові та соціальні проблеми. Значна частина дітей переводиться на індивідуальні форми навчання і виховання, що посилює їх соціальну дезадаптацію.

Отже, розробка і впровадження дієвих методів психологічної корекції гіперактивності є першочерговим завданням у галузі охорони психічного здоров'я дітей.

Виклад основного матеріалу. Щоб правильно підійти до аналізу можливих методів корекції гіперактивності в дошкільному віці, спочатку слід визначити відмінності в психічному розвитку дітей з СДУГ.

До специфічних вікових особливостей нервової системи дошкільників відносяться: слабкість як процесів збудження, так і гальмування, їх невірноваженість, а також дуже висока чутливість. Тому поведінка дитини ситуативна, вона погано переносить будь-які обмеження у часі, швидко забуває образи, розчарування, обіцянки, багато її звичок нестійкі і швидко руйнуються. Властивості нервової системи дошкільників дуже рідко укладаються в якийсь один класичний тип вищої нервової діяльності. Як правило, індивідуальна психіка репрезентує свій варіант динаміки нервових процесів.

Гіперактивні діти дошкільного віку відрізняються від своїх однолітків підвищеною рухливістю, неуважністю, імпульсивністю. Для них властиві порушення моторного контролю, недостатня сформованість дрібної моторики і навичок самообслуговування. Відставання біологічного дозрівання центральної нервової системи у дітей з СДУГ і, як наслідок, вищих мозкових функцій (переважно регулятивного компонента), не дозволяє дитині адаптуватися до нових умов існування і нормально переносити інтелектуальні навантаження [13].

О.В. Халецька (1999) проаналізувала стан зрілості вищих мозкових функцій у здорових дітей і дітей з СДУГ віком 5-7 років і прийшла до висновку, що виражених відмінностей у них не спостерігається. Тому доцільно з 5-річного віку проводити динамічне психологічне спостереження за гіперактивними дітьми, використовуючи індивідуальні відновлювальні методики. Це дозволить подолати затримку дозрівання вищих мозкових функцій у даної групи дітей і запобігти формуванню і розвитку в них дезадаптивного синдрому [12].

За даними вчених, мозок дитини з СДУГ працює циклічно: 10-15 хвилин роботи, а потім 5-7 хвилин відпочинку. Дитині не вистачає енергії на продовження роботи, і потрібно цю енергію поповнити. В ці 5-7 хвилин для того, щоб свідомість була включена, дитина вимушена вертити головою, рухати кінцівками або всім тулубом [1].

Спостерігається невідповідність між реальним рівнем розвитку й тією успішністю, яку можна очікувати, виходячи з коефіцієнта інтелекту. Досить часто гіперактивні діти кмітливі і швидко «схоплюють» інформацію, володіють неординарними здібностями. Серед дітей з СДУГ зустрічаються дійсно талановиті діти, але й випадки затримок психічного розвитку серед даної категорії дітей не є рідкістю. Найсуттєвіше полягає в тому, що інтелект дітей зберігається, але риси, що характеризують СДУГ, – занепокоєння, непосидючість, безліч зайвих рухів, недостатня цілеспрямованість, імпульсивність вчинків і підвищена збудливість часто породжують труднощі в набутті навчальних навичок [6, 8].

Пам'ять у дітей з СДУГ може бути в нормі, але через виняткову нестійкість уваги спостерігаються «прогалини в добре засвоєному» матеріалі [14]. Розлади короткочасної пам'яті можуть виявлятися у зменшенні обсягу запам'ятовування, підвищеному рівні відволікання сторонніми подразниками, сповільненому запам'ятовуванні. При цьому посилення мотивації чи організація матеріалу дає компенсаторний ефект, що свідчить про збереження коркової функції щодо пам'яті. Тенденція до помітного зниження уваги спостерігається в незвичних для дитини ситуаціях, особливо коли необхідно діяти самостійно. Порушення уваги у дівчаток сягає максимальних значень до 6 років і стає провідним порушенням у цьому віковому періоді [12].

Однією з характерних особливостей дітей з СДУГ є порушення соціальної адаптації. Для цих дітей типовий нижчий рівень соціальної зрілості, ніж звичайно буває в їхньому віці. Афективна напруженість, значна амплітуда емоційних переживань, труднощі, що виникають у спілкуванні з однолітками і дорослими, призводять до того, що у дитини легко закріплюється негативна самооцінка, ворожість до оточуючих, виникають неврозоподібні і психопатичні розлади. Ці вторинні розлади ускладнюють клінічну картину стану, посилюють дезадаптацію і ведуть до формування негативної «Я-концепції» [3].

Гіперактивні діти дуже слабо мотивовані. Інтерес, бажання чимось займатися формується у них повільно. Але якщо такий інтерес сформувався, зазвичай він залишається надовго або на все життя [15].

Гармонізація розвитку особистості дітей з СДУГ залежить від мікро- і макросередовища. Якщо в родині зберігаються взаєморозуміння, терпіння і тепле ставлення до дитини, то після лікування СДУГ всі негативні сторони поведінки зникають. В іншому випадку навіть при лікуванні і корекції ознаки відхилення залишаються і можуть посилюватися [6, 8].

Поведінка гіперактивних дітей відзначається недостатністю самоконтролю. Прагнення до самостійних дій («Я так хочу») виявляється сильнішим мотивом, ніж будь-які правила. Знання правил не виступає значущим мотивом власних дій. Правило залишається знаним, але суб'єктивно не значущим [9].

Отже, при порівнянні природного психічного розвитку дитини і розвитку дитини з СДУГ можна дійти висновку, що гіперактивні діти потребують особливого підходу батьків, вихователів, психолога у виборі методів, форм і засобів впливу та психокорекції.

У країнах Європейського Союзу загально визнаним стандартом лікування дітей з гіперактивністю є поєднання методів когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), тренінгів батьківської компетентності (ТБК), педагогічної корекції в школі, когнітивно-поведінкових тренінгів самоконтролю та соціальних навичок, а також призначення психостимуляторів (найчастіше метилфенідату).

Як засвідчує міждисциплінарний аналіз теоретичних досліджень і практичних розробок, будь-яка спроба ізольованого (біологічного, виховного, педагогічного, психокорекційного, психотерапевтичного) впливу має великий шанс стати недостатньо ефективною[15]. Тому у своєму теоретичному дослідженні ми зробили спробу проаналізувати існуючі в світовій і вітчизняній практиці підходи до корекції СДУГ.

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

Багато вчених (Р. Барклі, У. Брек, С. Голдштейн, Ф. Петерман, О. Романчук) розглядають **біхевіоральну терапію** як найбільш адекватний і ефективний напрямок психокорекційного впливу при дитячій гіперактивності. Деякі автори відмічають також ефективність когнітивно-поведінкової модифікації цього напрямку (Д.В. Майхенбаум). Активно розробляються і впроваджуються оперантні програми підкріплення, тренінги самоінструкцій, тренінги соціальних вмінь тощо. Такі корекційні програми повинні бути орієнтовані на вік 5-8 років, коли компенсаторні можливості мозку великі і ще не сформувався патологічний стереотип. Слід зазначити, що в Україні в 2006 році був втілений проект навчально-реабілітаційного центру "Джерело" (Львів) «Програма раннього втручання для дітей з СДУГ та їх батьків», в ході якого створена програма мультидисциплінарної, сімейно-центрованої допомоги дітям з СДУГ. Однак розробка подібних програм вкрай необхідна на загальнодержавному рівні.

Окремим різновидом біхевіоральної терпії є **тренування виконавчих функцій**. Немає жодних сумнівів, що увагу, пам'ять і здатність контролювати рухи необхідно тренувати. Це можна робити за допомогою спеціальних ігор, настільних або рухливих, таких, що обов'язково розвивають якусь одну функцію. Такі вправи мають бути систематичними і з наростаючою складністю.

Слід враховувати фізіологічні і психологічні особливості дитини. Провідною діяльністю в дошкільному віці є гра (Л.С. Виготський), отже, саме ігрові методи психокорекції мають більші шанси на успіх в системі психокорекції СДУГ. В. Оклендер вважає, що дієвими є ті методи психокорекційної роботи, які дозволяють зняти напругу і дають дитині можливість реалізувати її потреби.

Більшість авторів вказують на ефективність **ігрового групового тренінгу**. Теоретико-методичну основу такого тренінгу заклали психологи Г. Б. Моніна, О. К. Лютова-Робертс, Л. С. Чутко. В основу таких тренінгів повинні лягти ігри на відновлення дефіцитарних функцій та ігри на взаємодію дорослого і дитини або дітей між собою. Результативність такого тренінгу буде кращою, якщо в групу будуть включені батьки [7].

В сучасній психотерапевтичній практиці існує чимало методик, які можуть бути корисними в складі системної і комплексної корекції поведінки дитини з СДУГ. Серед дієвих методів психотерапії для гіперактивних дітей відзначають метод візуалізації, метод медитації та аутогенне тренування. **Візуалізація** створює умови для відновлення розумової і фізичної рівноваги. **Медитація** знижує активність симпатичної системи, сприяє зменшенню тривожності і розслабленню. При цьому сповільнюється серцевий ритм і дихання, знижується потреба в кисні, змінюється картина мозкового напруження, реакція на стресову ситуацію врівноважується. **Аутогенне тренування** сприяє зниженню рухового дисбалансу, емоційної збудливості, поліпшує координацію в просторі, руховий контроль, підвищує концентрацію уваги.

Сімейна психотерапія та психологічний супровід батьків – необхідна складова психокорекційної програми допомоги дітям з СДУГ. Корекція поведінки дитини з гіперактивним розладом не може бути успішною без корекції поведінки її дорослого оточення. Такі діти вважаються «важкими» для тих, хто систематично і постійно з ними спілкується. Якщо зважити, що і в дитячому колективі така дитина не знаходить адекватного місця через свою деструктивну поведінку, то стає зрозумілою загроза дезадаптації. Основне правило, яке потрібно засвоїти дорослим: боротися потрібно не з дитиною, а разом із нею – проти хворобливого розладу її поведінки.

Системна мультимодальна корекція гіперактивності у дітей дошкільного віку обов'язково повинна включати фізичну реабілітацію. Це спеціальні вправи, спрямовані на відновлення поведінкових реакцій, вироблення скоординованих рухів із довільним розслабленням скелетної і дихальної мускулатур. Необхідність підвищеної рухової активності для дітей з СДУГ базується на результатах досліджень І. Брязгунова, З. Тржесоглави і Мачек (1973), які виявили у дітей з синдромом гіперактивності розбалансування іннервації серцево-судинної системи. Більшість експериментів доводять, що механізм поліпшення самопочуття пов'язаний із посиленням утворенням

при тривалій м'язовій активності особливих речовин – ендорфінів, які позитивно впливають на психічний стан людини [15].

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

О. Тохтамиш запропонував **методику ескалації тактильного контакту (ЕТК)** як модифікацію поширеного методу «холдинг-терапії», вперше описаного американським психіатром М. Уелч (1983). Він аналізує роль тактильного (гаптичного) сприймання у розвитку дитини з симптомами гіперактивності і дефіциту уваги. Теоретично досліджується зв'язок прихильності та бондингу, як феноменів тісного емоційного зв'язку батьків з дитиною раннього віку, з її гармонійним розвитком. Результати проведеного експериментального дослідження цієї методики показали, що близько 70% батьків вказують на значне покращення поведінки дитини після занять. Найбільш помітними при цьому є зміни у контакті дитини з оточуючим соціальним середовищем та проявлення таких рис поведінки і характеру, як сталість уваги, здатність бути спокійним, товариськість, контактність. Одним з основних стабілізуючих факторів при застосуванні цієї методики є можливість емоційної регуляції дитиною своїх почуттів через інтенсифікацію спілкування з батьками [11].

Малодослідженою, але перспективною, на нашу думку, формою психотерапевтичної роботи з гіперактивними дітьми є **арт-терапія** та креативні методи психокорекції. Тільки на початку 90-х років арт-терапію в Україні почали активно використовувати у психокорекційних цілях. Сучасна психологія в пошуку ефективних засобів корекції все більше орієнтується на використання мистецтва в процесі навчання і виховання дітей з проблемами розвитку. Про позитивний вплив мистецтва на розвиток дитини вказував ще Л.С. Виготський, відзначаючи особливу роль художньої діяльності, як у розвитку психічних функцій, так і в активізації творчих проявів дітей в різних видах мистецтва, коли під впливом мистецтва з'являється естетична реакція, що змінює дію «афекту від болісного до такого, що приносить насолоду» [2, с.55].

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

Образотворча терапія – терапевтичний вплив засобами образотворчого мистецтва – має низку переваг у роботі з дітьми, що мають синдром дефіциту уваги і гіперактивність. Для розвитку тонкої моторики рук і зорово-рухової координації вітчизняні психологи радять використовувати вправи з використанням різних образотворчих засобів: змальовування графічних зразків, обведення або вирізання по контуру геометричних фігур різної складності, розфарбовування і штрихування.

Практичні дослідження доводять, що застосування образотворчої терапії в корекційній роботі з дітьми з СДУГ забезпечує ефективну позитивну емоційну реакцію, полегшує процес комунікації, невербальний контакт як опосередкований продукт арт-терапії, створює сприятливі умови для розвитку довільності і здатності до саморегуляції, підвищує впевненість у собі, розвиває моторику, тобто в цілому сприяє розвитку базових функціональних навичок. Образотворча терапія полегшує процес комунікації дитини з СДУГ з однолітками, педагогом, іншими дорослими. Спільна участь у художній діяльності сприяє створенню відносин взаємного прийняття, емпатії [5].

Необхідно зазначити, що у гіперактивної дитини гіпертрофовані функції правої півкулі, тому найбільш ефективною психокорекційна робота з нею відбувається не на раціонально-логічному рівні, а на емоційно-ціннісному. Одним із нових і ефективних методів психокорекції з СДУГ є **казкотерапія** (Р. М. Ткач, Т. Д. Зінкевич-Евстїгнева). Завдання казкотерапії полягають у тому, щоб через спільне вивчення казкових ситуацій, оцінки змін, що відбуваються з героями казок, пробудити в гіперактивній дитині творця, тобто, актуалізувати в дитині «дрімаючу» творчу силу й направити її на пізнання внутрішнього і навколишнього світів. Психокорекційні казки призначені для м'якого опосередкованого впливу на поведінку дитини. Вони «заміщають» неефективний стиль поведінки на більш продуктивний. Р. М. Ткач в своїй праці «Казкотерапія дитячих проблем» рекомендував окремі казки для психотерапевтичної роботи з гіперактивними дітьми [10].

Висновки і перспективи наступних досліджень. Отже, проведене теоретичне дослідження доводить, що дітям із СДУГ необхідні особливі психологічні умови для компенсації розвитку і методи психокорекції.

На переконання багатьох дослідників, для цілеспрямованої і результативної психокорекції на основі всіх вищезгаданих методів необхідна розробка сучасних мультимодальних програм корекції розвитку дошкільників з синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю. Такі програми можуть базуватися на концепції системного підходу до психічного розвитку дитини (Л. С. Виготський, 1996; М. М. Семаго, 2000) та системі психологічного супроводу.

Психологічна корекція дітей з синдром дефіциту уваги і гіперактивністю передбачає сукупність медико-психологічних, психолого-педагогічних і психотерапевтичних методів, які повинні сприяти успішній адаптації, реабілітації і особистісному росту дітей у соціумі. Така корекція повинна здійснюватися трьома напрямками:

цілеспрямована робота з сім'ями дітей з СДУГ, робота з працівниками і психологами дошкільних навчальних закладів, які працюють з цими дітьми, і робота безпосередньо з дошкільниками з СДУГ. Під психологічним супроводом слід розуміти динамічний процес, цілеспрямовану діяльність психологів, педагогів і батьків, спрямовану на компенсацію функціональних нервово-психічних порушень дітей із СДУГ.

Більшість уже проведених і апробованих досліджень вказують на ефективність поведінково-психотерапевтичного підходу в процесі психологічного супроводу гіперактивних дітей. На даному етапі актуальним залишається дослідження ефективності креативних форм психотерапії, зокрема арт-терапевтичних методів, спрямованих на гармонізацію розумового, психоемоційного і соціального розвитку гіперактивних дітей.

Література:

1. Брызгунов И.П. Непоседливый ребенок, или все о гиперактивных детях / И.П. Брызгунов, Е.В. Касатикова. – М. : Изд-во Института психотерапии, 2001. – 96 с.
2. Выготский Л.С. Психология искусства / Л.С. Выготский. – М., 1968. – 243 с.
3. Дробинская А.О. Синдром гиперактивности с дефицитом внимания / А.О. Дробинская // Дефектология. – №1. – 1999. С. 86.
4. Заваденко Н. Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте: учеб.пособие для студ. высш. учеб. заведений / Н. Н. Заваденко. – М. : Издательский центр «Академия», 2005. – 256 с.
5. Лебедева Л. Корекція гіперактивності: поради арт-терапевта / Л. Лебедева // Психолог. – 2005. – №6 (лютий). – С. 23–25.
6. Лютова Е.К. Шпаргалка для взрослых: психокоррекционная работа с гиперактивными, агрессивными, тревожными и аутичными детьми / Е.К. Лютова, Г.Б. Мони́на. – М. : Генезис, 2002. – 192 с.
7. Мони́на Г. Б., Лютова-Робертс Е. К., Чутко Л. С. Гиперактивные дети: психолого-педагогическая помощь: монография – СПб. : Речь, 2007. – 186 с.
8. Моні́на Г. Робота з гіперактивними дітьми / Г. Моні́на // Психолог. Бібліотека: Науково-виробниче видання. – 2005. – № 9. – С. 102–114.
9. Сиротюк А.Л. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью / А.Л. Сиротюк. – М. : ТЦ Сфера, 2003. – 125 с.
10. Ткач Р.М. Сказкотерапия детских проблем / Р.М. Ткач. – СПб. : Речь; М. : Сфера, 2008. – 118 с.
11. Тохтамиш О.М. Методика ескалації тактильного контакту у психологічній допомозі дітям дошкільного та початкового шкільного віку з ознаками гіперактивності та дефіциту уваги / О.М.Тохтамиш // Вісник психології і соціальної педагогіки: зб. наук. праць. – Вип. 1. – К., М., 2009 [Електронний ресурс]. Режим доступу до збірника : www.psyh.kiev.ua
12. Халецкая О.В. Минимальная дисфункция мозга в детском возрасте / О.В. Халецкая, В.Д. Трошин. – Нижний Новгород, 1995. – 129 с.
13. Яременко Б.Р. Дисфункции головного мозга у детей / Б.Р. Яременко, А.Б. Яременко, Т.Б. Горяинова. – СПб. : Салит – Медкнига, 2002. – 128 с.
14. Ясюкова Л.А. Оптимизация обучения и развития детей с минимальными мозговыми дисфункциями / Л.А. Ясюкова. – СПб. 1997. – 78 с.
15. Шевченко Ю.С. Коррекция поведения детей с гиперактивностью и психопатоподобным синдромом: Практическое руководство для врачей и психологов / Ю.С. Шевченко. – М., 1997. – 245 с.
16. Barkly R.A. Hyperactive children: A handbook for diagnosis and treatment / R.A.Barkly. – N.Y., London, 1987. – 84p.

Резюме. Здійснена спроба визначити психологічні особливості розвитку дітей з синдромом дефіциту уваги та гіперактивністю, на подолання і компенсацію яких спрямовані різноманітні методи корекції та психотерапії: біхевіоральна терапія, ігровий груповий тренінг, сімейна психотерапія, холдинг-терапія, арт-терапія, казкотерапія.

Ключові слова: гіперактивність, арт-терапія, казкотерапія, сімейна терапія.

Резюме. Осуществлена попытка определить психологические особенности развития детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью, на преодоление и компенсацию которых направлены различные методы коррекции и психотерапии: бихевиоральная терапия, игровой групповой тренинг, семейная психотерапия, холдинг-терапия, арт-терапия, сказкотерапия.

Ключевые слова: гиперактивность, арт-терапия, сказкотерапия, семейная терапия.