

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені М. П. ДРАГОМАНОВА**

На правах рукопису

ФЕДОРЕНКО Марина Вікторівна

УДК 159.922.76-056.313-053.4

**ПСИХОДІАГНОСТИКА ТА ПСИХОКОРЕКЦІЯ СИНДРОМУ
ГІПЕРАКТИВНОСТІ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З
РОЗУМОВОЮ ВІДСТАЛІСТЮ**

19.00.08. – спеціальна психологія

Дисертація на здобуття наукового ступеня
кандидата психологічних наук

Науковий керівник:
доктор педагогічних наук,
професор, дійсний член
Національної академії
педагогічних наук України
Синьов Віктор Миколайович

Київ – 2015

ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ СИНДРОМУ ГІПЕРАКТИВНОСТІ У ДІТЕЙ	11
1.1. Гіперактивність як предмет медико-психолого-педагогічного дослідження.....	11
1.2. Причини виникнення та механізм розвитку синдрому гіперактивності у дітей.....	22
1.3. Особливості поведінкових порушень у розумово відсталих дітей	35
Висновки до першого розділу	50
РОЗДІЛ 2. ПСИХОЛОГІЧНА ДІАГНОСТИКА СИНДРОМУ ГІПЕРАКТИВНОСТІ У РОЗУМОВО ВІДСТАЛИХ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ	53
2.1. Процесуальні характеристики синдрому гіперактивності у дітей	53
2.2. Дослідження синдрому гіперактивності у дітей дошкільного віку з розумовою відсталістю	66
Висновки до другого розділу	119
РОЗДІЛ 3. КОМПЛЕКСНА ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНА КОРЕКЦІЯ СИНДРОМУ ГІПЕРАКТИВНОСТІ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З РОЗУМОВОЮ ВІДСТАЛІСТЮ	122
3.1. Основні підходи до корекції синдрому гіперактивності у дітей дошкільного віку з розумовою відсталістю	122
3.2. Психолого-педагогічні технології корекції гіпердинамічного синдрому у дітей дошкільного віку з розумовою відсталістю.....	140
3.3. Аналіз ефективності застосування програми психологічної корекції синдрому гіперактивності розумово відсталих дітей дошкільного віку.....	169
Висновки до третього розділу.....	191
ВИСНОВКИ	193
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	196

ДОДАТКИ	225
----------------------	------------

ВСТУП

Проблема відхилень у розвитку та поведінці дитини набуває все більшої актуальності в сучасній спеціальній психології. У дослідженнях, присвячених епідеміології синдрому гіперактивності, відзначається широкий діапазон показників розповсюдженості цього порушення в дитячій популяції – від 2 до 20 % (у деяких випадках до 47 %). Серед дітей із розумовою відсталістю синдром констатується у 34–37 % (Л. Бадалян, Н. Заваденко, Т. Успенська, Є. Іванов, О. Політика, О. Плахотіна, R. Barkley, R. Brawn). Такий діапазон епідеміології відображає наявність різних методологічних підходів до дослідження синдрому гіперактивності.

Проблема діагностики та корекції синдрому гіперактивності широко представлена в науковій і популярній літературі країн Західної Європи, США, але недостатньо – в Україні, хоча в аспекті формування соціально-нормативної поведінки розумово відсталої дитини вітчизняна дефектологія має визнані пріоритети в світовій науці (О. Гришко, І. Єременко, Н. Коломінський, О. Сєверов, В. Синьов).

Існує багато підходів до вивчення синдрому гіперактивності, проте єдиної концепції психопрофілактики, діагностики, корекції цього розладу до сьогодні немає.

Наукові передумови вивчення синдрому гіперактивності у дітей дошкільного віку з розумовою відсталістю розроблено з позицій психологічного, медичного та педагогічного підходів. Медичні аспекти проблеми вивчалися Р. Барклі, Я. Бікшаєвою, Г. Гофманом, Л. Журбою, Д. Ісаєвим, В. Ковальовим, А. Лічко, І. Марценковським, М. Певзнер, Дж. Стіл, Г. Сухарєвою, О. Ткачовою, Л. Чутко, Ю. Шевченко, А. Штраус, R. Wender; психологічні – І. Брязгуновим, В. Дуглас, М. Заваденко, О. Лютовою, Г. Моніною, О. Плахотіною, Л. Руденко, О. Романчуком, А. Сиротюк, Є. Суковським, О. Токар; педагогічні – Т. Борисовою,

Т. Ємельянцевою, В. Кузьміною, О. Куцінко, Л. Матюхіною, Л. Прокопів, О. Ферт, Л. Ясюковою.

На сьогодні накопичено достатньо теоретичних і емпіричних даних з проблеми синдрому гіперактивності. Проте, недостатньо розробленими залишаються стандартизовані критерії і технології психолого-педагогічної діагностики синдрому гіперактивності у розумово відсталих дітей. У зв'язку з цим виникає необхідність розробки психодіагностичного комплексу для виявлення властивих синдрому гіперактивності проявів у дітей цієї категорії.

Особливого загострення дослідження гіперактивності у розумово відсталих дітей набуває стосовно дошкільного віку, що обумовлене високою частотою звернень за психологічною допомогою в цьому віці з означеною проблемою. Гіперактивність остаточно діагностують лише в молодшому шкільному віці, проте, чим раніше буде виявлено це порушення, тим ефективнішим буде застосування методів корекційного впливу на дитину (І. Брязгунов, М. Заваденко, І. Марценковський, О. Романчук, А. Сиротюк, Є. Суковський).

Незважаючи на дослідження синдрому гіперактивності в галузі спеціальної психології, представлені в роботах Д. Вольф, Є. Іванова, О. Плахотіної, Е. Меш, R. Goodman, Є. Simonoff, J. Stevenson та враховуючи зарубіжні концепції, за якими низький інтелект виключає цей синдром (R. Barkley, M. Mariani, J. Crosbie, H. Demaree, T. Frazier, C. Hughes, A. Taylor), можна констатувати, що досліджень синдрому гіперактивності у дітей з розумовою відсталістю у спеціальній психології на сьогодні недостатньо.

Актуальність зазначеної проблеми, її недостатнє теоретичне вивчення і практична реалізація зумовили вибір теми дисертаційного дослідження: **«Психодіагностика та психокорекція синдрому гіперактивності у дітей дошкільного віку з розумовою відсталістю».**

Зв'язок роботи з науковими планами, програмами, темами. Дисертаційне дослідження виконано відповідно до тематичного плану

науково-дослідної роботи кафедри спеціальної психології та медицини Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова «Клініко-психологічні аспекти девіантної поведінки у дітей та підлітків» за напрямом: «Зміст освіти, форми, методи і засоби фахової підготовки вчителів». Тему дисертаційного дослідження затверджено Вченою радою НПУ імені М. П. Драгоманова (протокол № 6 від 26 грудня 2012 року) та узгоджено в Міжвідомчій раді з координації наукових досліджень з педагогічних і психологічних наук в Україні (протокол № 5 від 28 травня 2013 року).

Мета дослідження – визначити основні методи психодіагностики та розробити програму психокорекції синдрому гіперактивності у дітей дошкільного віку з легкою розумовою відсталістю.

Відповідно до поставленої мети визначені такі **завдання дослідження**:

1. Здійснити теоретичний аналіз проблеми дитячої гіперактивності з позиції медико-психолого-педагогічного підходу.

2. Розробити комплекс діагностичних процедур для виявлення синдрому гіперактивності у розумово відсталих дітей дошкільного віку.

3. Визначити типи та форми синдрому гіперактивності та їх розповсюдженість серед розумово відсталих дошкільників.

4. Розробити комплексну програму психокорекції різних типів гіперактивності у розумово відсталих дітей дошкільного віку, здійснити її експериментальну перевірку та розробити рекомендації для психологів, вихователів, батьків.

Об'єкт дослідження – гіперактивність як поведінковий прояв у розумово відсталих дітей.

Предмет дослідження – синдром гіперактивності у дошкільників із розумовою відсталістю, його психодіагностика та психокорекція.

Теоретико-методологічну основу дослідження склали: концептуальні положення про загальні закономірності психічного розвитку дитини в онтогенезі (Л. Виготський, П. Гальперін, Д. Ельконін, О. Запорожець,

О. Леонтьєв, Ж. Піаже) та в умовах психічного дизонтогенезу (Ю. Бистрова, В. Бондар, Л. Виготський, І. Єременко, В. Лубовський, О. Лурія, О. Романенко, Т. Сак, В. Синьов, Є. Синьова, Є. Соботович, Л. Фомічова, О. Хохліна, М. Шеремет, А. Шевцов, Д. Шульженко, М. Ярмаченко); теорія функціональних систем П. Анохіна; вчення Л. Виготського про складну структуру дефекту; теорія функціональних блоків мозку О. Лурії; вчення про зони актуального та найближчого розвитку, про єдність інтелектуальних та афективних сфер розвитку дитини, про провідну роль формування вищих психічних функцій у роботі з дітьми, які потребують корекції розвитку (Л. Виготський, Г. Дульнєв, С. Максименко, В. Синьов); теоретичні положення про вирішальну роль корекційного впливу на розвиток особистості дитини з психофізичними вадами (В. Бондар, О. Граборов, І. Єременко, С. Конопляста, В. Липа, І. Мартиненко, А. Обухівська, В. Синьов, Є. Синьова, М. Шеремет), концепції сімейного виховання дітей з вадами розвитку (Ю. Бистрова, І. Кузава, Л. Руденко, І. Мамайчук, Л. Шипіцина, Д. Шульженко).

Для досягнення мети і розв'язання поставлених завдань використано такі **методи дослідження:**

- *теоретичні:* теоретико-методологічний аналіз і зіставлення інформації з загальної та спеціальної психолого-педагогічної та медичної наукової літератури, узагальнення та систематизація теоретичних даних – з метою визначення стану розробленості проблеми та перспективних напрямів її вирішення;

- *емпіричні:* спостереження, бесіда, анкетування, тестові методики спеціальної психолого-педагогічної діагностики, констатувальний і формувальний експерименти – з метою з'ясування особливостей синдрому гіперактивності, розповсюдженості його типів у розумово відсталих дітей дошкільного віку, розробки та перевірки програми психологічної корекції їх поведінки;

– *статистичні*: середні показники, частотний аналіз, непараметричні критерії достовірності розбіжностей.

Наукова новизна дослідження полягає в тому, що:

– *вперше* виділено особливості розвитку дітей зі складним варіантом порушень психічного розвитку (із легким ступенем розумової відсталості в поєднанні з синдромом гіперактивності), що розширюють клініко-психологічні уявлення про цей розлад; визначено діагностичні показники синдрому гіперактивності при складному варіанті порушень психічного розвитку; виділено типи та форми синдрому гіперактивності в розумово відсталих дітей; розроблено та обґрунтовано програму комплексної психокорекційної роботи з метою зниження проявів синдрому гіперактивності у дітей дошкільного віку з легкою розумовою відсталістю;

– *удосконалено* діагностичні методики вивчення синдрому гіперактивності у розумово відсталих дітей;

– *подальшого розвитку* набули сутнісні характеристики поняття синдрому гіперактивності стосовно розумово відсталої дитини.

Практичне значення дослідження полягає в розробці та адаптації комплексу діагностичних методик для виявлення порушень поведінки, зокрема синдрому гіперактивності у дітей дошкільного віку з легкою розумовою відсталістю. Отримані дані дозволяють конкретизувати способи психолого-педагогічного впливу на дітей дошкільного віку з розумової відсталістю у процесі виховання, навчання та інтеграції їх у суспільство. Розроблені методичні рекомендації щодо корекції проявів синдрому гіперактивності дітей старшого дошкільного віку засобами арт-терапії можуть використовуватись у роботі практичних психологів освітніх та медичних закладів.

Матеріали дослідження використовуються при викладанні навчальних дисциплін для студентів напряму «Психологія» спеціальності «Психологія (спеціальна, медична)» Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова, зокрема: «Вступ до спеціальності «Спеціальна

психологія та психологічна деонтологія»», «Педагогічна психологія», «Арт-терапія».

Особистий внесок автора у роботах, написаних у співавторстві, полягає в аналізі психолого-клінічних підходів до проявів синдрому дефіциту уваги та гіперактивності (СДУГ); обґрунтуванні методів діагностики СДУГ; узагальненні результатів експериментального дослідження гіперактивності у розумово відсталих дітей.

Апробація та впровадження результатів дисертації. Результати дослідження доповідалися і були схвалені на 7 науково-практичних конференціях і семінарах, з яких 3 – міжнародного та 4 – всеукраїнського і міжрегіонального рівня, зокрема: *міжнародних*: II Міжнародна спільна українсько-американська науково-практична конференція «Карпати-Аппалачі: формування особистості в контексті сталого розвитку гірських регіонів (м. Івано-Франківськ, 2013); науково-практична конференція «Picture of poverty in societies being under transformation» (м. Кишинів, 2014); IX Міжнародна науково-практична конференція «Корекційна освіта: історія, сучасність та перспективи розвитку» (м. Кам'янець-Подільський, 2015); *всеукраїнських науково-практичних конференціях*: «Освіта та наука у вимірах ХХ століття» (м. Київ, 2010, 2011), ЦПП МАХІШ «Проблеми обучения и воспитания» (м. Київ, 2012); *регіональних*: науково-практична конференція «Комплексний підхід до корекційно-відновлювальної роботи з дітьми-логопатами, які мають синдром дефіциту уваги з гіперактивністю» (м. Київ, 2013), семінар «Сучасні тенденції розвитку психологічної допомоги дітям з дитячим церебральним паралічем» (м. Київ, 2013).

Результати дослідження було **впроваджено** в корекційно-розвивальну роботу таких закладів: спеціальний дошкільний навчальний заклад № 569 м. Києва (довідка № 36а від 18 травня 2015 р.), спеціальна школа-інтернат № 26 для дітей з вадами розумового розвитку м. Києва (довідка № 151 від 14 травня 2015 р.), комунальний заклад Львівської обласної ради «Підгірцівська спеціальна загальноосвітня школа-інтернат I–III ст.» (довідка

№ 148 від 15 травня 2015 р.), спеціальний навчально-виховний комплекс «Мрія» м. Києва (довідка № 83 від 14 травня 2015 р.), центр медико-психологічної, соціально-реабілітаційної роботи Національної дитячої лікарні «ОХМАТДИТ» МОЗ України (довідка № 705 від 18 травня 2015 р.), ДУ «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії» МОЗ України (довідка № 483 / 15 від 15 травня 2015 р.); у роботу Інституту корекційної педагогіки та психології Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова (довідка № 447 / 15 від 29 квітня 2015 р.)

Публікації. Основні положення та результати дослідження висвітлено в 12 публікаціях, з яких: 8 одноосібних статей та 4 – у співавторстві. Поміж одноосібних статей 5 опубліковано у вітчизняних фахових виданнях, 1 – у зарубіжному фаховому періодичному виданні та 2 – у матеріалах конференцій.

Структура дисертації. Дисертація складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел (272 найменування, з них 38 – іноземною мовою) та додатків (на 55 сторінках). Загальний обсяг дисертації становить 285 сторінок, з них 195 сторінок основного тексту. Робота містить 31 таблицю та 5 рисунків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ СИНДРОМУ ГІПЕРАКТИВНОСТІ У ДІТЕЙ

1.1. Гіперактивність як предмет психолого-медико-педагогічного дослідження

Проблема вивчення розладів дитячої поведінки постає дедалі частіше в сучасній психології. Серед порушень поведінки у дітей, і особливо дітей з розумовою відсталістю, значне місце посідає гіперактивність, яка є не лише психологічною, а й медико-педагогічною проблемою. На даний час існує велика кількість робіт стосовно вивчення синдрому гіперактивності у дітей, питань етіології, патогенезу, клінічних проявів, лікування та корекції даного порушення. Проте всі ці питання залишаються майже не розглянутими спеціальною психологією, особливо що стосується розумово відсталих дітей дошкільного віку.

Тривалий час гіперактивний розлад розглядався лише з точки зору медицини, яка не враховувала психологічних аспектів даного розладу. У 1798 році шотландський лікар О. Кричтон уперше зробив спробу описати симптоми гіперактивності з психологічної точки зору. Він характеризував даний розлад як вроджену хронічну незграбність, що обов'язково призводить до розладів соціальної адаптації. Його погляди не зацікавили медиків та були забутими. Проте саме завдяки О. Кричтону у вивченні дитячої гіперактивності з'явився ще один напрямок, не лише медичний, а й психологічний [261].

Ще з середини XIX століття розробкою проблеми гіперактивності активно займалися саме лікарі. У 1845 році німецький невропатолог Г. Хофман виклав у книзі для дитячого читання один з перших відомих випадків гіперактивності. В його поемі описано імпульсивну поведінку дитини на ім'я Фіджеті Філ (непосидючий, неспокійний) [209].

На початку XX століття в Англії гіперактивність вважали наслідком церебральних порушень та називали «церебральна недостатність», «синдром церебрального ураження». Прихильник даної теорії педіатр Дж. Стіл у своїй лекції описав 43 випадки порушення уваги, гіперактивності, імпульсивної та гіперактивної поведінки у дітей, які представив як дефект морального контролю за поведінкою. Він припустив, що така поведінка є результатом спадкової патології або пологових травм. Крім того, він відмітив переважання даного захворювання серед хлопчиків, його часту сумісність з антисоціальною та кримінальною поведінкою, зі схильністю до депресій та алкоголізму [209].

Дітей з проявами рухового неспокою, імпульсивністю, порушеннями уваги було описано клініцистом К. Хеллером у 1904 році [251]. Наявність даних симптомів також прослідковувалась у працях німецького педіатра Черні, який в якості корекції даного розладу пропонував вправи на розвиток сил гальмування [119].

У 1917-1918 роках в зв'язку з масштабною епідемією енцефаліту було помічено, що поряд з важкими клінічними порушеннями у дітей, з'явилися й поведінкові розлади. З'явилися публікації, в яких описувалися симптоми, що притаманні синдрому гіперактивності. Ці діти та діти, які перенесли мозкові інфекції, пологову травму, травму головного мозку або отруєння токсинами, та мали проблеми в поведінці, були об'єднані терміном «діти з синдромом пошкодження мозку», який пов'язували з інтелектуальними порушеннями. Цей термін застосовувався до дітей з подібною поведінкою, але без ураження головного мозку або затримки розумового розвитку, що призвело до виникнення в 40-50-х роках термінів «мінімальне пошкодження мозку» та «мінімальна мозкова дизфункція», які пропонували зручний спосіб пояснення проблем поведінки фізичними чинниками. Деякі види травм голови можуть викликати синдром гіперактивності. Проте дана теорія була остаточно спростована, оскільки могла пояснити лише незначний відсоток

випадків появи синдрому гіперактивності, що були пов'язані з травмами голови.

На підтримку англійського напрямку в вивченні даної проблеми А. Strauss в 30-х роках минулого століття робить висновок, що причиною дитячої гіперактивності є не лише церебральні ураження, а саме дифузна недостатність головного мозку [266].

В 1932 році F. Kramer та H. Pollnow був розширений перелік причин гіперактивного синдрому. Вони спиралися в основному на анатомічні дані дослідження та зробили висновок про органічну церебральну недостатність у таких дітей. Гіперактивність дитячого віку за F. Kramer та H. Pollnow носила назву «дрангеретизм» [254].

У Радянському Союзі проблема гіперактивності була актуальною для медичної науки. Вчені С. Мнухін, Г. Сухарева, В. Ковальов, Л. Бадалян та ін. [13; 84; 197] розглядали різні підходи до реабілітації, корекції та підвищення якості життя цих дітей. Так у 20-30 рр. ХХ століття видатний дитячий психіатр Г. Сухарева описала рухові розлади, нецілеспрямовані, безперервні, надмірні рухи, гримаси, блазнювання у дітей з психомоторними розладами. Вона включала гіперактивний синдром в структуру психопатоподібного синдрому. На її думку в формуванні гіперактивності важливу роль грають як біологічні, так і соціальні чинники. Г. Сухарева розглядала гіперактивну дитину як пацієнта з «безгальмівним» типом психопатоподібного синдрому. Описані нею клінічні прояви таких дітей схожі до сучасної характеристики синдрому гіперактивності. Гіперактивність, на думку Г. Сухаревої, – це відображення процесу, в якому значну роль «... відіграють не лише ендогенні, а й екзогенні чинники, не лише біологічні, але й соціальні, не лише якість шкідливого чиннику, а й ... його локалізація в головному мозку» [197, с. 14].

М. Певзнер, Л. Журба та ін. з 1972 року публікуючи власні наукові дослідження використовують термін «парціальна мозкова дизфункція» та «легка дизфункція мозку». Д. Ісаєв і співавтори вже у 1978 році наблизилися

до сучасного визначення синдрому та використовували термін «гіперактивна дитина». У 1981 році В.Ковальов називає даний стан «порушення розвитку», «неправильне дозрівання». Продовжуючи власні дослідження В.Ковальов та А. Лічко трансформують попереднє формулювання у назву «синдром рухової розгальмованості», а пізніше – «гіпердинамічний синдром» [74; 145].

Питанням етіології синдрому гіперактивності займалися В.Ковальов, А. Ратнер, Ю. Фесенко. Причинами виникнення порушення вони вважали шкідливі чинники, що призводять до пошкодження головного мозку дитини в перинатальний період розвитку. С. Мнухін до причин виникнення даної патології відносить раннє органічне ураження центральної нервової системи, що виникає до повного формування мозкових систем, тобто до 3 років життя дитини. В. Ковальов, навпаки, вважає, що для виникнення межових психічних розладів вікових обмежень не існує та всі органічні ураження у дітей переходять в кінцеву стадію [85; 166; 209].

Деякі автори відносили синдром гіперактивності до ряду межових психічних станів. А. Пальчик, М. Шабалов, Т. Лазебник включали в цю категорію психогенії, заїкання, порушення мовлення, тіки, енурези, енкопрези, неврози. За їх даними синдром гіперактивності мають 20 % дітей у віці від 3 до 11 років. Цей відсоток має тенденцію до зростання [142; 215].

В роботах R. Lemke серед загальновідомих симптомів гіперактивності описуються порушення миміки, що часто проявляються в мимовільному кривлянні. Проте він не відносив наявність даних симптомів до хворобливих, оскільки, на його думку, вони зникають по закінченню підліткового віку [255].

G. Göllnitz вважав рухову розгальмованість, імпульсивність не хворобливими явищами, а абсолютно типовими симптомами для раннього дитячого віку [249].

У 1938 році з'явилися твердження П. Левіна та співавторів про те, що якщо ураження лобних доль головного мозку у приматів призводить до

гіперактивності та інших симптомів розладу, то наявність цих симптомів може вказувати на порушення функції мозку, що лежить в їх основі [82].

На основі праць П. Левіна про ураження лобних доль кори головного мозку, А. Штрауса, М. Лоуфера, М. Кнобеля про зв'язок гіперактивності з порушеннями структур таламусу, С. Чеза про ураження головного мозку, що призводить до даного розладу, було введено поняття «дитячий гіперактивний синдром» та «гіперактивний імпульсивний розлад» [266].

С. Клементс у 1966 році дав наступне визначення даного розладу: «... захворювання дітей з середнім чи близьким до середнього інтелектуальним рівнем, з порушенням поведінки від легкого до вираженого ступеня в поєднанні з мінімальними відхиленнями в центральній нервовій системі, які можуть характеризуватися різноманітними поєднаннями порушень мовлення, пам'яті, контролю уваги, рухових функцій» [244, с. 34].

У 1962 році науковці у галузі медицини прийняли рішення означити синдром гіперактивності як мінімальна мозкова дизфункція. Американська психіатрична асоціація намагалася розділити всіх дітей з даною патологією на групи. Так в 1968 році з'являється категорія дітей з порушеннями уваги й активності та категорія дітей зі специфічними розладами навчальних навичок (дислексія, дисграфія тощо) [264].

В. Дуглас у 1972 році довела, що крім гіперактивності основними симптомами розладу є недостатність (дефіцит) уваги та слабкий контроль імпульсивності. Ця теорія була широко поширена та вплинула на визначення основних критеріїв DSM для гіперактивного синдрому. Зараз слабка саморегуляція та розгальмованість розглядаються як основні симптоми [127].

У 1975 році увага спеціалістів спрямовується не лише на визначення причин та механізмів розвитку синдрому, а й на дослідження методів лікування розладів поведінки.

Спроби знайти більш точне визначення синдрому гіперактивності, описати його симптомокомплекс були відображені в класифікаціях МКБ і DSM. [252], та друга редакція «Діагностичного і статистичного керівництва з

психічних захворювань» [236]. В МКБ-9 в рубриці «Невротичні розлади, розлади особистості та інші непсихотичні розлади» розглядався термін «гіперкінетичний синдром дитинства». DSM-II висувала майже ідентичне по суті поняття: «гіперкінетична реакція дитинства». З одного боку, вони підкреслювали першорядне значення рухових порушень в клініці розладу, а з іншого боку, відображали вплив психодинамічної парадигми на психіатрію того часу.

У 1980 році DSM-III змінює формулювання діагнозу на «Дефіцит уваги з гіперактивністю або без гіперактивності» – це новий різновид синдрому дефіциту уваги, який може протікати тільки з порушенням уваги без гіперактивності [202].

В системі DSM-IV використовуються терміни «синдром дефіциту уваги» та «синдром дефіциту уваги з гіперактивністю», що характеризують порушення поведінки, що найчастіше зустрічаються у дітей (S. Weinstein, A. Rostain, D. Kelly, G. Aylward).

У 1990 році з'являється твердження, що синдром гіперактивності є порушенням саморегуляції, для якого характерна зміна когнітивної функції, дефіцит уваги та гальмування, а також порушення пам'яті та виконавчих функцій.

Р. Барклі протягом 1994-1997 років розглядає синдром гіперактивності з позиції вчення Л.Виготського, як неправильне усвідомлення пацієнтом своєї поведінки, яка порушує діяльність та саморегуляцію [237; 238].

Активна робота в напрямку просвітлення населення України та цілеспрямованої допомоги дітям з синдромом гіперактивності та їхнім батькам розпочинається з XXI століття. У 2006 році виходять публікації в українських медичних виданнях по проблемі синдрому гіперактивності (І. Марценковський, Я. Бікшаєва, О. Ткачова) [116; 117].

На сьогодні опубліковано більш ніж 6500 праць на тему синдрому гіперактивності. Проте залишається багато невирішених питань як у вивченні етіології та патогенезу, так і в аспекті синдромальної та нозологічної

приналежності. В. Трушина пише: «Етіологія та патогенез синдрому гіперактивності на сьогоднішній день недостатньо вивчені, тому частіше обговорюються чинники ризику виникнення синдрому, спадкову схильність, несприятливе протікання перинатального періоду, психосоціальні та екологічні чинники...» [204, с. 9]. Все це дає можливість відмежувати синдром гіперактивності від подібних станів, а також проводити ранню корекцію та профілактику на всіх її етапах.

Не дивлячись на всебічне висвітлення проблеми, єдиного тлумачення розладу не існувало не лише в різні історичні періоди, а й серед фахівців різних профілів: педіатри, невропатологи, психологи та педагоги. Так, невропатологи використовують термін «рухова незручність», «незграбність», «мінімальні церебральні порушення рухів» (С. Hulme, С. Gillberg, А. Langhammer, К. Millinger), а психологи, зосереджуючи свою увагу на порушеннях просторової орієнтації та моторики, використовують термін «дитяча дизпраксія» або «апраксія (дизпраксія) розвитку» (V. Jspanovic-Radojkoie).

Синдром гіперактивності є серйозною соціальною проблемою, за різними даними він спостерігається від 2 до 18 % дітей. Л. Чутко описує таких дітей як непосидючих, неуважних, гіперактивних, імпульсивних. Автор підкреслює, що хоча на перший план виступає саме надмірна рухова активність, основним симптомом є порушення уваги. Синдром гіперактивності заважає соціальній адаптації. Такі діти входять до групи ризику виникнення алкоголізму та наркоманії» [215].

Об'єктивна діагностика синдрому гіперактивності надзвичайно важлива для психопрофілактики дитини з раннього віку, коли окремі симптоми хоча і наявні, але порушення ще не отримало синдромологічний розвиток. М. Лохов, М. Рубін, Ю. Фесенко, О. Фесенко та ін. стверджують, що для таких цілей найкраща комп'ютерна електроенцефалограма, за допомогою якої можна прослідкувати динаміку змін взаємовідносин між

різними ділянками кори головного мозку в нормі, при різних психонервових захворюваннях та під час заходів по їх корекції [105; 209].

М. Заваденко, Л. Журба, М. Лохов, Ю. Фесенко, О. Фесенко наголошують на необхідності враховувати те, що при даній патології має місце затримка темпу розвитку функціональних систем мозку, що забезпечують такі складні інтегративні функції, як мовлення, увага, пам'ять, мислення, сприймання [62-64; 209].

Про шкільну дезадаптацію дітей з синдромом гіперактивності в своїх роботах говорить Ю. Олександровський. Вони характеризуються невпевненістю, заниженою самооцінкою, фобіями, опозиційною та агресивною поведінкою. Також даний симптомокомплекс може призвести до тіків, заїкання, енурезів, енкопрезів, неврозів [3].

А. Сиротюк вивчає синдром гіперактивності з точки зору нейропсихології. Вона розглядає причини, механізми розвитку даного порушення. Описує його основні прояви саме в віковій динаміці. Нею була створена дієва програма нейропсихологічної корекції та розвитку дітей з синдромом гіперактивності [187].

Розвиток пізнавальних процесів дітей молодшого шкільного віку з синдромом гіперактивності вивчала М. Яковлева [229]. Вона здійснювала нейропсихологічне вивчення когнітивного та рухового розвитку дітей з синдромом гіперактивності й виявляла на його основі параметри порушення вищих психічних функцій при даному синдромі.

На необхідності вивчення розумово відсталих дітей з синдромом гіперактивності наголошує О. Плахотіна [152]. Вона зазначила особистісні якості розумово відсталих дітей з синдромом гіперактивності. Підкреслила, що у даній категорії дітей спостерігається підвищена тривожність, агресивність, ворожість, неадекватна самооцінка, порушена міжособистісна взаємодія з оточуючими.

О. Перепада [146] стверджує, що в Україні недостатньо напрацювань з питань діагностики та корекції синдрому гіперактивності у дітей, відсутня

мультимодальна психодіагностична програма для раннього виявлення синдрому у дітей. Автор зазначає, що проблема синдрому гіперактивності обов'язково потребує подальшого дослідження з метою створення діагностичної програми, яка б враховувала всі чинники впливу на формування даного розладу.

Вивченням синдрому гіперактивності з позиції патопсихологічного синдромного аналізу займається Є.Правило [154]. Вона на основі систематизації наявних в літературі даних про патопсихологічний синдром, виділених основних характеристик (критеріїв) патопсихологічного синдрому, експериментального дослідження дітей з синдромом гіперактивності визначає самостійний варіант патопсихологічного синдрому – дизрегуляторний патопсихологічний синдром.

Н. Піддубна [151] займається питаннями корекції синдрому гіперактивності у дітей. Вона характеризує даний розлад як складну проблему, що лежить на межі психології, педагогіки та медицини. Автор підкреслює поетапність та планомірність застосування усіх методів та прийомів психологічної корекції.

Специфіку формування навичок соціальної взаємодії дітей з синдромом гіперактивності в своїх роботах описує Н. Гончарук [48]. Таким дітям властиві своєрідні проблеми, що потребують роботи з розвитку комунікативних навичок. Нею розроблена програма корекційної роботи з метою подолання проблем міжособистісних взаємин.

Дослідженням емоційного розвитку дітей з синдромом гіперактивності займалася Н. Шельшакова. Вона розробляла підходи до діагностики та корекції емоційних порушень у розумово відсталих дітей з синдромом гіперактивності. Автор зробила висновок, що в цілому, розумово відсталі діти з синдромом відчувають недостатню соціальну підтримку з боку дорослих. Тому потреба гіперактивної дитини бути визнаним дорослим має високий потенціал для корекційної роботи. [220] Емоційні стани дітей зі складними варіантами порушень психічного розвитку (розумова відсталість у

поєднанні з синдромом гіперактивності) відрізняються нестійкістю, короткочасним переважанням підвищеного і зниженого фону настрою зі схильністю вербальної та фізичної, непрямой та прямої агресії [221].

З точки зору педагогічного підходу до вивчення синдрому гіперактивності здійснено значно менше досліджень, ніж з точки зору медичного та психологічного. У цьому напрямку працювали Т.Борисова, Т. Ємельянцева, О. Куцінко, Л. Матюхіна, Л. Прокопів, А. Чумакова, О. Ферт, Л. Ясюкова. Педагоги акцентують свою увагу на ролі такої дитини в школі.

Ступінь та структуру розповсюдженості синдрому гіперактивності серед першокласників з метою, в першу чергу, психопрофілактики, вивчали Л. Матюхіна, Т. Борисова, Т. Ємельянцева. Результати їх досліджень вказують на високу поширеність синдрому серед дітей першого року навчання - кожен п'ятий першокласник має високий ризик розвитку даного розладу поведінки. Негативний вплив синдрому гіперактивності на ступінь розвитку функцій, значимих для школи, та висока поширеність даного розладу серед шестирічних хлопчиків дозволяє розглядати вказаний контингент дітей в якості групи ризику шкільної дезадаптації [45].

Р. Мачинська вважає, що в 6-7-річному віці діти з синдромом гіперактивності не готові до навчання в школі у зв'язку з уповільненням темпів функціонального дозрівання кори і підкіркових регуляторних структур. Через дані проблеми такі діти вже до кінця першого року навчання відчують труднощі в засвоєнні шкільної програми [121].

На думку А. Чумакової [213], синдром гіперактивності є найбільш розповсюдженою формою порушень психічного розвитку у дітей. Автор наголошує на ранньому виявленні та корекції даного розладу, а також створенні емоційно позитивного соціального оточення навколо дитини. А. Чумакова наголошує на спеціальній підготовці вчителів та вихователів до роботи з такими дітьми, вони мають володіти спеціальними методиками

викладання, а також знаннями про індивідуальні психологічні особливості гіперактивних дітей.

Необхідною умовою навчання та виховання дітей з синдромом гіперактивності О. Прокопів вважає чітко розроблену терапевтичну програму, яка повинна виходити з біопсихосоціальної моделі синдрому і діяти на всіх рівнях. Робота з такими дітьми має залучати фахівців різного профілю, починатися з постановки діагнозу лікарем, залучаючи вчителів, вихователів, психологів, батьків. О. Прокопів однією з основних проблем у роботі з такими дітьми називає організацію медико-психолого-педагогічного супроводу гіперактивних дітей протягом всього періоду виховання і навчання. Модель корекції та супроводу має бути комплексною, обов'язково необхідний зворотній зв'язок між навчальним закладом та батьками [157].

Когнітивні процеси дітей з синдромом гіперактивності можуть знаходитися на рівні норми або субнорми, але навіть в такому випадку вони зазнають значних труднощів у навчанні й соціальній адаптації, зазначає І. Петрюк. Такі діти не можуть стримувати свої миттєві імпульси, проте здійснивши негативний вчинок, вони жалкують про це. Гіперактивні діти не усвідомлюють механізм скоєння своїх вчинків. Все відбувається миттєво. [150].

Вивченням дітей з синдромом гіперактивності старшого дошкільного, молодшого шкільного та підліткового віку в умовах виховання та шкільного навчання займається О. Ферт. Вона відзначає, що для таких дітей властиві дисграфія, дислексія, дискалькулія. У школі основними стратегіями впливу на гіперактивну дитину повинні бути: корекція успішності та розвиток академічних навичок, покращення поведінки, зменшення моторного збудження. Необхідною умовою навчання гіперактивної дитини О.Ферт називає розробку індивідуального оцінювання успішності, яке має базуватися на дотриманні чітких критеріїв. Автор вказує, що вихователі дошкільних навчальних закладів та вчителі мають бути обізнані в цій проблемі та сприяти ранньому виявленню даного розладу та його корекції [208].

Л. Ясюкова вказує, що у вітчизняній та зарубіжній психолого-педагогічній літературі немає єдиного підходу до розуміння методів, що дозволяють оптимізувати навчання гіперактивних дітей. В основу її підходу до реабілітації таких дітей покладено принцип виховання дітей з дефектами розвитку, розроблений Л. Виготським. При синдромі гіперактивності відзначається незрілість мозкових структур, запізнення й дисбаланс в їх дозріванні, що призводить до певних змін у протіканні психічних процесів. Діти з синдромом гіперактивності характеризуються підвищеною розумовою стомлюваністю, отже, час безперервної роботи не повинен перевищувати 5-7 хвилин і має чергуватися з 5-хвилинними перервами для відновлення працездатності. [233].

Таким чином, аналіз наукових джерел показав, що у вивченні синдрому гіперактивності й досі не існує загальноприйнятого визначення. Найчастіше зустрічаються термін гіперактивний розлад з дефіцитом уваги (ГРДУ), синдром дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ), гіперкінетичний синдром, синдром гіперактивності, що в свою чергу є спорідненими поняттями.

1.2. Причини виникнення та механізм розвитку синдрому гіперактивності у дітей

Стрімкий розвиток суспільства ставить перед людством нові завдання. Несприятливий екологічний, економічний, соціальний стан призводить до погіршення здоров'я та інтенсивно впливає на підростаюче покоління. Останні дослідження показують, що понад 90% дітей мають відхилення у психічному та фізичному розвитку, а синдром гіперактивності є однією з основних проблем дитячої психології в усьому світі.

Накопичений дослідниками досвід говорить про відсутність єдиної думки про чинники, що призводять до виникнення синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю. Аналіз доступних джерел інформації дозволив виділити

ряд чинників виникнення синдрому гіперактивності, хоча значення кожного з чинників ризику ще недостатньо вивчене та потребує уточнення.

Більшість дослідників вважають, що симптоми синдрому гіперактивності викликані загальним впливом внутрішніх (біологічних) та зовнішніх чинників. Синдром гіперактивності – комплексний та хронічний розлад мозкових функцій, поведінки та розвитку. Когнітивні та поведінкові проблеми, що виникають внаслідок цього розладу, впливають на безліч сфер життєдіяльності.

На сьогодні існує багато теорій, які намагаються пояснити причини і механізми виникнення синдрому гіперактивності: генетична, нейрофізіологічна, біохімічна, соціально-психологічна тощо.

Нейромедіаторна теорія будується на тому, що у формуванні поведінки та модуляції вищих психічних функцій беруть участь багато нейромедіаторів. Т. Дмитрієвою, А. Дроздовим і Б. Коганом [56] описані перспективні нейрохімічні моделі ряду психічних розладів, включаючи афективні й поведінкові розлади, і показані зміни концентрації нейромедіаторів при різних психічних розладах. І.Брязгунов, Є.Касатікова вказували, що подібні феномени відзначаються і при синдромі гіперактивності. [29; 205]. Більшість науковців, які розглядають даний синдром з позиції нейромедіаторного підходу, вважають, що синдром детермінується мутаціями декількох генів, що регулюють катехоламіновий обмін [263]. Також причиною синдрому гіперактивності вважається порушення дофамінергічної системи, яка була добре вивчена у хворих паркінсонізмом і шизофренією, проте дослідження останніх років виявили відхилення в екскреції не тільки дофаміну, але також норадреналіну, адреналіну та їх метаболітів [256].

Наявні дані нейрофармакологічного аналізу дії препаратів, застосовуваних для лікування синдрому гіперактивності, свідчать про залученість у патологічний процес всіх катехоламінових систем головного мозку, що впливають на основні центри вищої нервової діяльності: центр контролю та гальмування рухової й емоційної активності, центр

програмування діяльності і центр системи уваги та оперативної пам'яті. При цьому слід враховувати соціальні умови розвитку та характер виховання, як чинник формування поведінки. [246].

Існує поясненням синдрому гіперактивності з точки зору нейрофізіологічної теорії. Багато прихильників цієї теорії відзначають, що у дітей із синдромом гіперактивності проявляється ряд особливостей будови і функціонування структур мозку, переважно з боку префронтально-стріато-таламо-кортикальних структур [242]. Дані, отримані методом позитронно-емісійної томографії, вказують, що при синдромі гіперактивності присутні зниження метаболічної активності в базальних гангліях і префронтальній корі та підвищення метаболічної активності в сенсомоторних областях [241].

Нейрофізіологічні дослідження синдрому гіперактивності з застосуванням методів кількісної електроенцефалограми показали, що у пацієнтів з синдромом гіперактивності в порівнянні зі здоровими дітьми виявляється посилення повільнохвильової активності переважно в лобних ділянках головного мозку [49]. Авторами доведено, що саме ці порушення ЦНС можуть бути морфологічним субстратом для виникнення легкої церебральної патології, що спостерігається у дітей з синдромом гіперактивності [15].

Пояснення походження синдрому гіперактивності можна розглядати з точки розу генетичної теорії. Згідно неї синдром гіперактивності розглядається як розлад, що має у своїй основі зміни в спадковому матеріалі. Британськими вченими було опубліковано огляд досліджень, головним висновком якого було однозначне твердження спадкової природи розладу. За даними мета-аналітичних досліджень, сукупний коефіцієнт успадкування синдрому гіперактивності становить 76 %, що визначає даний розлад як такий, що найбільш часто успадковується серед психічних захворювань [147].

Значущим методом вивчення генетичної концепції етіології синдрому гіперактивності є дослідження близнюків. Однак у цьому випадку

проявляється неоднозначність порівняння та інтерпретації одержуваних даних, яка пов'язана з тим, що навколишнє середовище однакове для монозиготних більшою мірою, ніж для дизиготних близнюків. Проте, Cadorett і Stewart в своїх дослідженнях усиновлених дітей із синдромом гіперактивності зняли це обмеження. [250]. Результати підтвердили вплив генетичних чинників на розвиток синдрому гіперактивності, тоді як агресивна поведінка дітей залежала від соціально-економічного статусу і сімейних чинників.

При цьому результати вказують на те, що синдром гіперактивності є багатофакторним захворюванням, при вивченні якого неможливо знайти єдиний ген-фактор, відповідальний за патогенез і ступінь тяжкості клінічних проявів. Слід враховувати взаємодію багатьох ендо- і екзогенних чинників, щоб наблизитися до розуміння патогенезу та способів ефективної корекції синдрому гіперактивності.

Більшість прихильників медико-біологічної теорії вважає, що основна роль в розвитку синдрому гіперактивності належить пре-, перинатальній та ранній постнатальній патології, але які саме чинники і якою мірою є причинами розвитку синдрому точно невідомо [29; 61]. Дослідження виявили зв'язок синдрому гіперактивності з реус-конфліктом, віком батьків, аномаліями вагітності та пологів, недостатньою чи надмірною вагою при народженні, палінням матері, психічними травмами матері в період вагітності тощо, найрізноманітнішими пренатальними і перинатальними негативними чинниками [232; 258; 259]. Крім перерахованих вище патологічних чинників середовища ряд дослідників визначали також вплив токсичних речовин (ароматизаторів, саліцилатів та штучних харчових добавок) на виникнення симптомів синдрому гіперактивності [247; 257]. Однак додатково проведені дослідження показали необґрунтованість токсичної теорії. Не підтвердилася також і гіпотеза про вплив цукру на виникнення рухової розгальмованості і порушень поведінки у дітей [271].

Зарубіжні дослідники, які більше схильні визначати синдром гіперактивності з точки зору нейропсихологічної теорії, розглядають його прояви з позицій недостатньої сформованості «керуючих функцій», що забезпечуються лобними відділами головного мозку [237].

У цілому, керуючі функції відповідають за моторний контроль, саморегуляцію, внутрішню мову, увагу та оперативну пам'ять, тобто цілеспрямовану організацію діяльності. Саме їх порушення, на думку Р. Барклі [238], веде до розвитку синдрому гіперактивності. Слід зазначити, що в роботах вітчизняних авторів поняттю «керуючі функції» відповідають терміни «функції регуляції, програмування і контролю психічних процесів» [108].

Серед інших теорій досить поширена дизонтогенетична теорія, яка розглядає синдром гіперактивності як варіант складного асинхронічного розвитку, що приводить до неспецифічних форм реагування, асоційованих з психомоторним рівнем реактивності [84]. Г. Сухарева [197] у своїх роботах характеризує гіперактивність як наслідок незакінченого розвитку мозку, що виявляється у вигляді психомоторного занепокоєння, імпульсивності в поведінці. В. Трошин [203] і Л. Бадалян [13] розглядають прояви синдрому гіперактивності як варіанти дизонтогенезу, який виник внаслідок дифузного ураження мозку. Явище «дифузної церебральної дизрегуляції» зачіпає різні мозкові структури, що пояснює різноманітність клінічної картини захворювання. В. Махлейдт вважає, що синдром гіперактивності може проявлятися не тільки внаслідок органічного ушкодження мозку, але і як самостійний психопатологічний (психіатричний) синдром [123]. У разі патопсихологічного варіанту синдром гіперактивності розглядається як ознака незрілості нервової системи [159]. Дизонтогенетична позиція спочатку припускає поліетіологічну природу синдрому і схожих з ним станів. В основі концепції закладено уявлення про еволюцію людини як соціально-біологічного явища, що реалізується на мікропопуляційному рівні [44]. Такий підхід з позицій розвитку дозволяє розшифрувати клінічну картину

синдрому та скласти сприятливий прогноз корекції та лікування. При цьому важливу роль відіграє рання діагностика і необхідність стимуляції розвитку ззовні, з метою використання всіх потенційних можливостей дитини для адаптації.

Теорія макро-соціального впливу носить досить невизначений характер. Сучасне життя стає все складнішим, тому, питання про вплив соціальних чинників на розвиток синдрому гіперактивності непомітно переноситься в загальнокультурний контекст, набуваючи критичного забарвлення. З одного боку, подібні глобальні міркування досить швидко знаходять соціальний відгук, але з іншого – їх загальний характер не розкриває внутрішніх механізмів впливу і не пропонує конкретних превентивних дій. Проте, багатьма дослідниками робиться спроба встановити зв'язок між конкретними цивілізаційними чинниками і синдромом гіперактивності [107].

Відповідно до соціально-психологічної теорії формування особистості дитини багато в чому визначається характером її оточення, насамперед у сім'ї. Найбільший вплив на дитячу психіку надає система сімейних відносин, особливості виховання та психологічний мікроклімат в сім'ї: наявність сварок, конфліктів або, навпаки, яскравих позитивних переживань [270]. Відповідно, в розвитку і перебігу синдрому гіперактивності виховання та психологічний клімат в родині, рівень матеріального благополуччя, кримінальне оточення, психічні розлади у батьків, включаючи алкоголізм, виховання в неповній сім'ї і дитячих установах та інші чинники відіграють важливу роль [61; 240]. Відзначено і зворотне: в родині, де виховується дитина з синдромом гіперактивності, виникає багато труднощів, як на рівні побутової взаємодії, так і на більш глибокому рівні міжособистісного спілкування [250]. Непередбачуваність поведінки таких дітей та наслідки, зокрема шкільна неуспішність, призводять до безперервних безсистемних спроб батьків вжити жорстких заходів і покаранням примусити дитину до слухняності.

Наявність в анамнезі органічного ураження центральної нервової системи вдається встановити не у всіх дітей з синдромом. Останні дослідження показують, що розвитку захворювання сприяє скоріше наявність спадкової схильності до психопатології і несприятливі психосоціальні чинники. Більш того, наголошується, що біогенетичні чинники мають вирішальне значення в перші два-три роки життя дитини, в подальшому їх дія маскується, опосередковуючи через психосоціальні чинники [232].

Необхідно відзначити, що в рамках цієї концепції психосоціальні чинники є відносно керованими чинниками розвитку синдрому гіперактивності. Змінивши оточення дитини, ставлення до неї в сім'ї та школі, можна вплинути на перебіг захворювання і значно знизити вплив перинатальної патології. На цьому багато в чому заснована психолого-педагогічна корекція синдрому.

На думку Л. Бадалян, Л. Журби, Н. Всеволожської та ін. найбільш критичним періодом виникнення патологій розвитку пізні стадії розвитку вагітності та пологи [12]. М. Had-dres-Algra, Н. Huisjes та В. Touwen всі чинники, що викликають пошкодження мозку у дітей, розподілили на біологічні (ті, що впливають до, в момент та після пологів) та соціальні, обумовлені впливом безпосереднього оточення. Дані дослідження підтверджують відносну різницю впливу біологічних та соціальних чинників: з раннього віку (до двох років) велике значення мають біологічні чинники ураження мозку – первинний дефект. В більш пізньому (від двох до шести років) – соціальні чинники – вторинний дефект, причому при поєднанні одних та інших ризик виникнення синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю значно підвищується (А. Ліцев, Т. Осипенко) [138].

Ю. Барашнев та Є. Белоусова вважають первинним у виникненні захворювання незначні порушення або травми мозкової тканини в пренатальний, перинатальний та рідше в постнатальний періоди. Враховуючи високий відсоток недоношених дітей та зростання числа

внутрішньоутробних інфекцій, а також пологів, що протікають з травмами, кількість новонароджених дітей з енцефалопатіями зростає.

Порівняльний аналіз анамнестичних даних дітей з цим синдромом та їх здорових однолітків засвідчив, що в групі дітей зі синдромом гіперактивності частіше можна прослідкувати наявність наступних несприятливих чинників: вік матері молодший 20 років, перша вагітність, захворювання матері під час вагітності, в тому числі токсикоз в II та III триместрах, переносеність плоду, довготривалі пологи, систематичні захворювання дитини на першому році життя (Л. Аносова, М. Макшанцева, О. Ліцев).

Поряд зі значенням біологічних чинників ризику синдрому гіперактивності аналізуються соціальні, наприклад, педагогічна занедбаність, що призводить до синдрому гіперактивності. До несприятливих соціальних чинників І. Лангеймер, З. Матейчик відносять недостатню освіченість батьків, неповну сім'ю, депривацію або деформацію материнського догляду.

Таким чином, проаналізувавши деякі підходи до визначення причин виникнення синдрому гіперактивності, можна припустити, що дослідники торкаються лише деяких аспектів проблеми, в той час спеціальні психологи потребують комплексного підходу до вивчення даного синдрому. З усього вищезазначеного виокремлюються три основні групи чинників, що детермінують виникнення синдрому гіперактивності:

- 1) ураження центральної нервової системи під час вагітності та пологів;
- 2) генетичні чинники;
- 3) соціальні чинники.

При вивченні розумово відсталих дітей дошкільного віку необхідно брати до уваги всі три групи чинників, що впливають на виникнення та розвиток синдрому гіперактивності.

За результатами досліджень М. Заваденко виникнення синдрому гіперактивності через раннє ураження центральної нервової системи в період вагітності та пологів зустрічається в 84 % випадків, генетичні причини – в

57 % випадків, негативний вплив внутрішньосімейних чинників – в 63 % випадків [62].

Синдром гіперактивності спостерігається у дітей віком від 3 до 15 років, але найбільш часто проявляє себе в дошкільному та молодшому шкільному віці. Пік прояву синдрому гіперактивності припадає на 6-7 років, а до 14-15 років гіперактивність поступово зменшується. Частота проявів синдрому серед дітей дошкільного віку складає 4,0 % – 9,5 %.

З наукових праць І. Скворцова та співавторів слідує, що дошкільний вік – найбільш критичний період дитинства. Очікування навчання в школі, активна підготовка до читання, письма, рахунку потребує перебудови центральної нервової системи на усіх рівнях інтеграції. На думку автора, вік 5-6 років полягає як в еволюційно-прогресивних зрушеннях, так і в тимчасових функціональних втратах, що пов'язані зі станом нестабільності та дисбалансу в різних системах мозку. Цей вік важливий для виявлення синдрому гіперактивності, який є тривожним показником у відношенні шкільної дезадаптацію [137].

Дослідження Л. Ясюкової демонструє специфіку інтелектуальної діяльності дитини з синдромом гіперактивності, що характеризується циклічністю: продуктивна робота не перевищує 5–15 хв., після чого діти стають неуважними та втрачають зосередженість, протягом 3–7 хв. мозок відпочиває та накопичує енергію для наступного робочого циклу [187; 233].

Переключення з одного виду діяльності на інший у таких дітей відбувається мимовільно, без зосередження на діяльності та наступного контролю. Дитина відволікається на незначні звукові та зорові стимули, котрі їхніми однолітками можуть та успішно ігноруються.

Тенденція до яскраво вираженого зниження уваги спостерігається в незвичних ситуаціях, особливо коли необхідно діяти самостійно. Діти не проявляють наполегливості ні під час занять, ні в іграх, не можуть додивитися до кінця улюблений мультфільм. Переключення уваги при цьому відсутнє, тому види діяльності, що швидко змінюються, здійснюються

редуковано, неякісно, фрагментарно, проте, при демонструванні помилок, діти намагаються їх виправити.

Основні прояви гіперзбудливості спостерігаються в різноманітних формах рухової розгальмованості, яка нецілеспрямована, нічим не мотивована, безситуативна та зазвичай некерована ні дорослими, ні однолітками. Така підвищена рухова активність, що переходить в рухову розгальмованість, є одним з багатьох симптомів, що супроводжують порушення розвитку дитини.

Проявляються координаційні порушення в розвитку рухових навичок. За результатами досліджень Т. Осипенко, В. Оклендер можна стверджувати, що рухові проблеми виникають у дітей з синдромом гіперактивності вже в дошкільному віці. Найбільш часто виникають проблеми з дрібною моторикою, сенсомоторною координацією, спритністю рухів рук. Дитина не здатна виконувати завершені, чітко координовані рухи (у процесі самообслуговування, у грі, при малюванні, письмі, фізичних вправах). Малюнки примітивні, диспропорційні, лінії нечітко з'єднані між собою. Труднощі, пов'язані з утриманням рівноваги, порушення зорово-просторової координації призводять до моторної незграбності та підвищеного ризику травматизму у дітей з синдромом гіперактивності [135; 137].

Імпульсивність проявляється в неохайному виконанні завдань (не дивлячись на зусилля, все робити правильно), в нестриманості в словах, вчинках та діях (наприклад, викрикування з місця під час заняття, неспроможність дочекатися своєї черги в іграх або іншій діяльності), в невмінні програвати, в надмірній наполегливості у відстоюванні своїх інтересів (не дивлячись на вимоги дорослих). З віком прояви імпульсивності змінюються: чим старша дитина, тим і більше виражена імпульсивність та помітніша для оточуючих.

Однією з характерних особливостей дітей з синдромом гіперактивності є порушення соціальної адаптації. Для цих дітей характерний більш низький рівень соціальної зрілості, ніж зазвичай буває в їх віці. Афективна напруга,

значна амплітуда емоційного переживання, труднощі, що виникають в спілкуванні з однолітками та дорослими, призводять до того, що у дитини легко формується та фіксується негативна самооцінка, ворожість до оточуючих, виникають неврозоподібні та психопатологічні розлади. Ці вторинні порушення ускладнюють клінічну картину стану, підсилюють дезадаптацію. Соціальна незрілість таких дітей проявляється в наданні переваги побудові ігрових стосунків з дітьми молодшого віку, але разом з тим вони складно вибудовують відносини з дорослими.

Дитина з синдромом гіперактивності не спроможна засвоїти свою соціальну роль та не може зрозуміти, як себе поводити. Такі діти поводять себе фамільярно, не враховують конкретних обставин, не можуть пристосуватися до ситуації та прийняти правила поведінки в конкретній ситуації (К. Гуревич, Є. Галкіна, Л. Олексєєва, М. Заваденко) [63].

Підвищена збудливість є причиною труднощів в засвоєнні звичайних соціальних навичок. Діти погано засинають навіть при дотриманні режиму, їдять повільно, все розливаючи та впускаючи, у результаті процес прийняття їжі стає постійним джерелом сімейних сварок та конфліктів.

Поведінка даної категорії дітей характеризується недостатністю самоконтролю. Прагнення до самостійних дій («Я так хочу») виявляється більш сильним мотивом, ніж будь-які правила. Знання правил не виступає значимим мотивом власних дій. Правило залишається відомим, але суб'єктивно не значимим.

Недостатня обізнаність суспільства про проблеми дітей з синдромом гіперактивності та специфічні прояви поведінки таких дітей з неповним розумінням з боку дорослих призводить до того, що дитина відчуває себе відгородженою, вона віддаляється від колективу, підсилюється неврівноваженість, нетерпимість до невдач. Психологічне обстеження дітей з синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю викликає у більшості з них підвищену тривогу, внутрішню напругу, відчуття страху. Діти з синдромом гіперактивності більше ніж інші схильні до депресивних станів.

Крім особливостей у пізнавальній, емоційній, поведінковій сферах дітей з синдромом гіперактивності на відміну від здорових дітей, існують також вікові та гендерні відмінності.

У немовлячому віці складається враження, що синдром гіперактивності може бути вродженим (деякі матері відмічають, що їх дитина була надзвичайно активною ще в утробі – штовхалася ніжками, завдавала їм сильного болю). Проте неможливо описати, як проявляється цей розлад у немовлячому віці, оскільки до цих пір ще не розроблені точні методи діагностики синдрому гіперактивності до 3-х річного віку. Батьки дітей з даним порушенням повідомляють, що у немовлячому віці їх діти були надзвичайно активні, непередбачувані, надмірно чи недостатньо чутливі до стимулів, роздратовані, відмічаються також порушення сну та харчування.

Синдром гіперактивності виявляється у дошкільному віці, коли зі збільшеною інтенсивністю починають проявлятися симптоми гіперактивності-імпульсивності. Такі діти здійснюють необмірковані та непередбачені дії, хаотично переключаються з одного заняття на інше, намагаються досягти моментального результату, швидко втрачають інтерес до стимулу, який нещодавно привернув їх увагу, бурхливо та неадекватно реагують на звичайні повсякденні події. Батькам надзвичайно важко справлятися з гіперактивними неслухняними дітьми, які до того ж можуть бути агресивними. Діти з синдромом гіперактивності завдають багато труднощів у дитячому садку. Вони безцільно ходять по групі, безперестанку щось говорять та заважають заняттям інших дітей.

Симптоми неуважності помічають у дітей у віці від 5 до 7 років, які стають найбільш помітними, коли дитина йде до школи. Урок, який потребує наполегливості та безперервної, цілеспрямованої уваги, стає для дитини тяжким випробуванням. Симптоми неуважності продовжують проявлятися і в середніх класах, вони призводять до низької успішності, відволікання, поганої організованості, проблемам при переході з класу в клас та труднощам в соціальній взаємодії з вчителями та однолітками. Поведінка

таких дітей часто супроводжується агресивністю та брехливістю. Діти з синдромом гіперактивності з перших класів та до самого завершення школи мають серйозні проблеми, пов'язані з проявом самостійності, особистої відповідальності, досягненням власної незалежності, встановленням соціальних відносин тощо.

Коли діти з синдромом гіперактивності досягають підліткового віку, проблеми, пов'язані з цим розладом, не зникають, а навіть ускладнюються. Хоча гіперактивність-імпульсивність в цьому віці знижується, її рівень залишається вищим, ніж у 95% дітей без синдрому. Дитячі симптоми гіперактивності-імпульсивності викликають найнеприємніше наслідки в підлітковому віці.

Частота та інтенсивність прояву симптомів може знижуватись по мірі дорослішання дитини. У багатьох синдром гіперактивності залишається протягом всього життя, але деякі вчаться їх маскувати. Стаючи дорослими багатьом хворим вдається позбутися від симптомів розладу.

Окрім вікових відмінностей, варто відмітити гендерні відмінності у дітей з синдромом гіперактивності. За даними В. Кучми, І. Брязгунова, А. Платонова дане захворювання зустрічається у хлопчиків частіше, ніж у дівчаток. За загальними оцінками, у дітей у віці 6-12 років синдром гіперактивності відмічається у 2-3 % дівчаток та у 6-9 % хлопчиків. До підліткового віку частота випадків синдрому гіперактивності у дівчаток та хлопчиків знижується, проте хлопчики продовжують передувати в співвідношенні 2:1 або 3:1. Хоча, існує думка, що випадки синдрому гіперактивності у хлопчиків реєструють значно частіше у зв'язку з їх нахабною поведінкою та агресивністю. У дівчат симптоми опозиційного розладу спостерігаються в більш ранньому віці, ніж у хлопчиків [96].

Причиною даних статистичних розбіжностей, можна назвати те, що у дівчаток дефіцит уваги не завжди супроводжується порушенням поведінки, які є характерними для хлопчиків. Також самі діагностичні критерії, представлені в керівництві DSM, можуть бути причиною гендерних

відмінностей, оскільки вони розроблені та протестовані в основному на хлопчиках, а деякі симптоми (надмірно рухлива поведінка) притаманні більше їм. Тому, щоб діагностувати синдром гіперактивності у дівчат, їх поведінка має носити надзвичайно екстремальний характер та кардинально відрізнятися від поведінки дівчаток цього віку [127].

1.3. Особливості поведінкових порушень у розумово відсталих дітей

Вивченням порушень поведінки розумово відсталих дітей займалися вчені як в галузі спеціальної психології, так і корекційної педагогіки, зокрема З. Абушева, Е. Альбрехт, Л. Виготський, О. Гаврилов, В. Ковальов, А. Лічко, С. Мнухін, М. Певзнер, В. Синьов, Г. Сухарева, Л. Шипіцина та ін.

Визначення терміну «поведінка» було дано основоположниками психологічної течії біхевіоризму Е. Торндайком та Дж. Уотсоном у ХХ столітті. Під поведінкою вони розуміли будь-які реакції індивіду (рухові, мовленнєві, вегетативні), що діють по схемі «стимул-реакція». [51; 101; 201]

У психології виділяють два види поведінки: «нормальна» та «порушена» («аномальна»). Є. Годфруа вказує на тонку грань між цими двома видами поведінки та складність у чіткій їх диференціації.

М. Раттер вказує на те, що деякі емоційні та поведінкові порушення зустрічаються у більшості дітей, оскільки вони є невід'ємною частиною процесу розвитку особистості. На думку автора існують деякі аспекти нормального розвитку, які за своїми проявами можуть бути схожими на порушення. Так прояви тривожності дитини при розлуці з близькими і страх темноти є нормальним для раннього-дошкільного віку. Одночасно автор вказує на значну відмінність між нормальною та порушеною поведінкою. Емоційні розлади призводять до порушень соціальних контактів дитини, чого не відбувається при нормальному варіанті розвитку особистості. [167].

І. Фурманов визначив, що поведінка – це активність, яка виникає при взаємодії людини з середовищем та забезпечує пряме чи непряме

задоволення її потреб. При цьому порушення поведінки – дії людини, що призводять до ускладнень соціальної, психологічної, соціальної адаптації та супроводжується заподіянням шкоди або страждань собі, оточуючим чи суспільству в цілому [210].

Найважливішою характеристикою поведінки є її соціальна сутність – вона формується та реалізується в суспільстві. Поведінка формується в процесі соціалізації, що в свою чергу передбачає адаптацію в соціальному середовищі з урахуванням індивідуальних особливостей.

З точки зору вікової психології поняття «соціальна адаптація» конкретизується в трьох напрямках: адаптивна поведінка (на користь середовища виховання); адаптивний стан (відношення людини до умов і обставин, в які вона поставлена виховною ситуацією); адаптація, як умова ефективної взаємодії дітей і підлітків з дорослими в системі виховання.

Успішна адаптація характеризується оптимальною рівновагою між цінностями, особливостями індивіда та правилами, вимогами навколишнього соціального середовища. Ігнорування соціальних вимог або нівелювання індивідуальності особистості призводить до дезадаптивної поведінки.

Поняття «соціальна дезадаптація» увійшло в психологію при розгляді проблеми важковиховуваних, яка розглядала дітей та підлітків «групи ризику» з різними формами психічної і соціальної дезадаптації, що виражається в поведінці, яка не відповідає нормам і вимогам середовища. Проблема важковиховуваних знайшла своє відображення в роботах багатьох вчених: В. Бехтерева, П. Бельського, П. Блонського, Л. Виготського, А. Грабового, А. Залкінда, М. Алемаскіна, С. Белічевої, Б. Бочкарьової, Л. Зюбіної, Н. Максимової та ін. [19; 20; 37].

Слід зазначити, що до основних первинних зовнішніх ознак соціальної дезадаптації і психологи, і педагоги, і лікарі відносять труднощі в спілкуванні з оточуючими та різні порушення суспільних норм поведінки (Л. Божович, В. Давидов, Д. Ельконін) [22; 228].

В. Бехтерев ще на початку 20-х років ХХ століття виділив проблему впливу чинника спілкування на психічні процеси індивіда. Його соціально-психологічна концепція будується на необхідності вивчення зовнішніх форм поведінки людини в залежності від різних соціальних чинників і зовнішніх впливів. Спілкування між людьми, згідно вчень В. Бехтерева, є механізмом об'єднання людей в групи, найважливішим чинником соціалізації та розвитку особистості. Він зазначав, що люди, які протягом свого життя перебували в оточенні різноманітного кола осіб, є більш розвиненими в порівнянні з людьми, які проводять своє життя далеко від суспільства [20].

С. Рубінштейн також займався вивченням проблем спілкування (1957, 1973). Він писав, що внутрішні причини опосередковують зовнішні впливи; тобто останні завжди діють опосередковано через внутрішні умови. Учений розглядав спілкування дітей з оточуючими як практичне, що відбивається в їх поведінці, поглядах на себе та на інших. Спочатку дитина виступає як об'єкт для інших, потім вона приходить до усвідомлення себе, тобто стає справжнім суб'єктом. Дуже часто діти, не знайшовши серед близьких або друзів розуміння, намагаються компенсувати свої незадоволені потреби шляхом дезадаптивних форм поведінки. Спочатку це робиться для залучення уваги, а потім просто стає способом життя [175].

Одним з чинників виникнення соціальної дезадаптації у розумово відсталих дітей, на думку В. Синьова, є перебування таких дітей у масових загальноосвітніх навчальних та виховних закладах, у той час, як такі діти потребують спеціальних закладів, висококваліфікованих педагогів у галузі спеціальної психології та корекційної педагогіки, спеціальних програм [185]. Непідготовленість оточення прийняти розумово відсталу дитину, нав'язування їй способу життя та психологічного статусу, що суперечить її біологічним і психологічним потребам, призводить до порушень поведінки.

П. Омаровою (1997-2004) було визначено ряд труднощів у поведінці дітей з розумовою відсталістю, зокрема:

- проблеми в усвідомленні ситуації спілкування. У зв'язку з недорозвитком вищих форм мислення, відбувається недостатнє усвідомлення дитиною ситуації. Неадекватна поведінка проявляється в агресивних діях, що спрямовані на партнера спілкування або на предмети, навколо яких відбувається взаємодія; плачі, сміху, який не є адекватним до ситуації;

- проблеми в сприйманні та розумінні особистості партнера по спілкуванню. Розумово відсталі діти в процесі спілкування не можуть враховувати індивідуальні особливості співрозмовника. Це проявляється в підвищеній довірливості, що робить їх вразливими до асоціальних особистостей, проблеми в сфері емпатії;

- проблеми в поведінці, пов'язані з особливостями порушення коркової нейродинаміки, які характерні при органічному ураженні головного мозку у розумово відсталих. Виділяють дві підгрупи даної категорії проблем, в залежності від типу нейродинаміки (торпідний, збудливий): 1) загальмованість, в'ялість, пасивний негативізм у спілкуванні, деякі аутистичні прояви; 2) агресивність, легка збудливість, активний негативізм у спілкуванні, психопатичні прояви;

- проблеми в поведінці, пов'язані з підвищеною тривожністю, що проявляються у вигляді страхів перед спілкуванням у певних ситуаціях. Дана проблема стосується тієї ситуації, коли розумово відстала дитина намагається мінімізувати або взагалі уникнути спілкування в зв'язку з ситуацією критики до свого стану;

- проблеми в поведінці, пов'язані з особистісними особливостями дітей з розумовою відсталістю, зокрема з інфантильністю, надмірною прив'язаністю до оточуючих, прагненням до підбадьорювання, бажанням фізичних контактів навіть у старшому віці (поглажування) [136].

Більшість авторів вказує на внутрішньосімейні детермінанти дезадаптивної поведінки дітей та підлітків (Д. Волков, Б. Гасанова, С. Духновський, Є. Обухова, Л. Оніщук, А. Петринін, Є. Птічкіна, А. Сагідова, Є. Саєнко, В. Тарасов, Н. Фоміна та ін.). У цих дослідженнях

зазначається, що взаємовідносини в сім'ї дитини з дезадаптивною поведінкою, батьківські установки і особливості сімейного виховання не дозволяють дитині благополучно пройти шлях соціалізації та викликають у неї дезадаптацію у вигляді девіантної поведінки. Найчастіше в сім'ях з девіантною дитиною роль батька деструктивна [149; 164; 181].

У дослідженні Є. Птічкіної розглянуті варіанти деструктивної батьківської поведінки - батько не виконує роль соціалізуючого зразка для дитини, ухиляється від участі у справах сім'ї та зводить свою батьківську роль до матеріального забезпечення сім'ї. Роль матері більш позитивна. Найчастіше саме вона намагається налагодити взаємини в родині, звертається за допомогою до фахівців, робить зусилля щодо зміни ситуації тощо [164].

А. Сагідова вказує, що батьки дітей з психопатоподібними розладами часто займають у родині жорстку позицію як по відношенню до матері, так і до дітей, і їх виховна роль зводиться до покарань дитини [181].

Ставлення дорослих до виховання дітей грає визначальну роль у становленні особистості, проте далеко не вичерпує всіх можливих шляхів, якими суспільство соціалізує людину. У процесі взаємодії з безпосереднім оточенням виникають численні та різноманітні впливи, здатні не тільки доповнити виховний процес, а й викривити його чи взагалі прищепити дитині антигромадську орієнтацію.

У спеціальній психології значна роль у формуванні поведінкових та емоційно-вольових порушень у дітей з розумовою відсталістю відводиться впливу колективу та формуванню особистості саме під впливом цього колективу.

Вивченням дитячих колективів розумово відсталих займалися В. Кашенко, Г. Мурашев. Вони дійшли висновку, що розумово відстала дитина має викривлені соціальні установки, а чітко організований дитячий колектив сприяє корекції даних недоліків [81].

Г. Дульнев підкреслював вплив дитячого колективу на засвоєння розумово відсталою дитиною норм поведінки. Так, неодноразове схвалення

гарних вчинків колективом сприяє їх закріпленню, а негативне - допомагає уникненню їх формування [59].

М. Кузьмицька (1959) вивчала вплив спілкування з оточуючими людьми на процес формування особистості розумово відсталої дитини. На думку автора, формувати моральні норми та правила можна під впливом словесної регуляції, проте надзвичайно важливим залишається наслідування дії членів колективу [94].

У своїх дослідженнях розладів поведінки у розумово відсталих осіб М.-В. Малінаускене спирається на розроблену К. Лебединською типологію психічної декомпенсації. Так, згідно даного дослідження, розрізняють декомпенсацію невротичного типу – переживання власного інтелектуального дефекту, високий рівень тривожності, страх контактів з оточуючими, занижена самооцінка; декомпенсацію психопатоподібного типу з переважанням емоційно-вольової нестійкості, що формується під впливом несприятливого внутрішньосімейного клімату та екзогенних чинників – поведінка характеризується ігровими інтересами, неможливістю керувати власними бажаннями, негативним ставленням до навчальної діяльності, ейфорією, руховою розгальмованістю, безтурботністю, навіюваністю, схильністю до брехні; декомпенсацію психопатоподібного типу з переважанням афективної збудливості – в поведінці спостерігається роздратованість, вибуховість характеру, некерованість, схильність до агресії, дисфорії та можливість розвитку патологічного афекту; декомпенсацію психопатоподібного типу з переважанням патології потягів, що може бути спричинено чинниками соціального неблагополуччя сім'ї – порушення поведінки пов'язуються з афективною збудливістю, агресивністю, відсутністю потреби в емоційних зв'язках, у хлопчиків – втечі з дому, крадіжки, підвищена сексуальність, у дівчат – підвищена сексуальність: проміскуїтет або більш-менш постійне проживання з партнером [113].

Ж. Назамбаєва підкреслює надзвичайно великий вплив соціального середовища на розвиток особистості розумово відсталої дитини та її

психічних процесів. За допомогою цілеспрямованого процесу навчання та виховання у розумово відсталих дітей можна розвинути складні форми аналізу й синтезу, порівняння, що в свою чергу має вплив на соціальну адаптацію дітей [129].

Г. Ксенофонтова наголошує на важливій ролі виховання в колективі, проте акцент ставиться на індивідуальний підхід до кожної дитини. Учений підкреслює необхідність комплексного підходу (вчитель-батьки) до виховання дітей. Автор вказує на неповторність та унікальність кожної дитини, говорить про те, що вся робота має проходити в сприятливій для дитини обстановці, її інтереси мають враховуватися в усіх видах діяльності, важлива роль відводиться похвалі та заохоченню [91].

Для уникнення емоційно-вольових та поведінкових порушень у дітей з розумовою відсталістю важливими чинниками є становище дитини в колективі однолітків, значимість виду діяльності, успіхи в засвоєнні навчального матеріалу, соціальна ситуація розвитку особистості.

Л. Каукенайте наголошував на необхідності формування правильної поведінки починаючи зі старшого дошкільного віку та використовувати для цього методи переконання (художні твори, розповіді про походження правил поведінки, столового етикету тощо, та на основі пояснення прикладів конкретних ситуацій) [80].

На думку В. Лубовського поведінка розумово відсталого дитини залежить від досвіду, здобутого в конкретних ситуаціях [98].

В. Кузьміна робить акцент на вивченні астеноневротичних та психопатоподібних проявів у розумово відсталих дітей, а також можливості корекції та компенсації даних розладів в умовах спеціальних навчально-виховних закладів. Лікувальні ж заходи мають бути спрямовані більшою мірою на компенсацію емоційно-вольової сфери. Отже, саме розвиток емоційно-вольової сфери певною мірою впливає на особистість розумово відсталих дітей та їх соціальну адаптацію зокрема [93].

Психолого-педагогічним вивченням поведінкових порушень у дітей та підлітків з розумовою відсталістю займався Е. Альбрехт [4]. Він дійшов висновку про те, що у таких дітей гіпертрофовані переживання невдач, пов'язані як із незадоволенням потреб в навчальній, так і в трудовій діяльності, а також зі встановленням контактів з однолітками та невпевненістю у власних силах.

Також, на думку автора, слабкий рівень керування власною дратівливістю, афективними проявами, негативними реакціями, проявами агресивності, загалом нездатність належним чином керувати своїми поведінковими реакціями і є головними причинами дезадаптації.

На думку К. Лебединської [100], Г. Запрягаєва [68], основною причиною розладу поведінки учнів з порушенням інтелекту є болісне переживання почуття власної неповноцінності, що часто ускладнюється інфантилізмом, несприятливим впливом середовища та іншими обставинами.

З поведінкою людини тісно та двосторонньо пов'язана її емоційна сфера. З одного боку, емоції проявляються в поведінці та фактично керують нею, з іншого боку, поведінка впливає на емоції, послаблюючи або посилюючи їх. Неможливо навчитися ефективно управляти емоціями, не навчившись одночасно свідомо регулювати свою поведінку. І, навпаки, людина, яка не в змозі управляти своїми емоціями, не може контролювати й власну поведінку. Поведінка людини, яка перебуває у владі сильних, деструктивних емоцій, називається неадекватною або соціально дезадаптивною. Неадекватна поведінка може викликати емоціогенні ситуації або неадекватні (деструктивні) дії інших людей.

Особливостям розвитку емоційної сфери розумово відсталих дітей приділяли увагу С. Рубінштейн [176], Ж. Намазбаєва [128], В. Петрова [148], В.Бондар [25], В. Синьов [186] та ін.

Відповідно зазначених досліджень, емоції є провідним механізмом внутрішньої регуляції психічної діяльності людини, а також її поведінки. Вони супроводжують майже всі вияви її активності. Розвиток емоційної

сфери в процесі індивідуального розвитку особистості здійснюється в напрямку посилення диференційованості переживань, підпорядкуванні їх інтелекту, адже особливістю емоцій є те, що вони погано піддаються вольовій регуляції. До основних причин порушень емоційної сфери у дітей з розумовою відсталістю відносять: недостатність інтелектуального розвитку, ускладнений процес формування соціальних потреб та несприятливі умови виховання.

Є. Шаповалова в своїх дослідженнях розумово відсталих дітей відзначає необхідність вивчення їх тривожності та страхів. Саме страхи вважаються найбільш сильним переживанням, оскільки в їх основі лежить інстинкт самозбереження, прагнення уникнути небезпеки. Почуття страху може ускладнювати соціальну адаптацію, а також сприяти розвитку девіантної поведінки та неадекватних поведінкових реакцій як варіантів захисту [216].

До порушень поведінки у розумово відсталих дітей може призвести неадекватне ставлення з боку вихователів, вчителів та оточуючих до них. Це призводить до конфліктних ситуацій та негативних емоційних переживань у розумово відсталих дітей (В. Синьов і Г. Коберник) [185].

Дослідженням конфліктної поведінки розумово відсталих дітей займалася Ю. Бистрова. Автор встановила, що існують гендерні особливості такої поведінки, а також властивий особливий тип поведінки в конфлікті – застрягання. Ю. Бистрова вказує, що застрягання проявляється в групі розумово відсталих осіб з психопатоподібними проявами, з недостатністю лобних долів, з порушеннями нейродинаміки [21].

Гіперактивність розумово відсталої дитини може призвести до дезадаптивної поведінки. Так, М. Стурова та В. Силенков розглядають дитину з даною поведінку як таку, яка має проблеми в вихованні. Автори підкреслюють, що саме правильне виховання є основним засобом профілактики девіантної поведінки та формує в особистості соціально-

корисну поведінку. Кращим засобом девіантної поведінки розумово відсталої дитини є цілеспрямований психолого-педагогічний вплив [194].

В. Махова [120] вказує на підвищену афективну нестійкість дітей з розумовою відсталістю, що призводить до порушення конструктивних форм поведінки. Тривожність як складне особистісне утворення має значний вплив на поведінкове реагування розумово відсталих дітей у певних ситуаціях. Така дитина постійно відчуває невпевненість, загрозу від оточуючих та перебуває в стані готовності відповісти на будь яку образу, що призводить до вербальної та фізичної агресії як способу вирішення фрустраційної ситуації. Агресивність та підвищена конфліктність дитини може бути обумовлена поганим ставленням до дитини в сім'ї.

Для спеціальної психології та корекційної педагогіки на сучасному етапі їх розвитку залишається актуальним питання вивчення внутрішніх станів особистості, зокрема, це стосується проблеми дослідження емоцій.

Проблема розвитку емоційних станів особистості – міждисциплінарне питання, яке вивчають філософія, медицина, педагогіка та психологія (П. Анохін, Л. Божович, В. Вилюнас, О. Запорожець, К. Ізард, О. Леонт'єв, П. Симонов, В. Смирнов, К. Ясперс) [22; 67; 102; 231].

За К. Ясперсом чинники, що впливають на емоційну сферу людини, не завжди є усвідомленими. Це пов'язано з тим, що у формуванні емоцій значна роль відводиться глибинним структурам мозку. Зв'язки між ними та корою великих півкуль мозку і визначають взаємозв'язок між емоціями та пізнавальними процесами [231].

Н. Бехтерев, Е. Костандо, М. Чуприков та ін. дійшли до висновку, що слова, які мають емоційну значимість для людини, можуть призвести до підсилення патологічної активності [11].

Для формування емоційних станів необхідна активна участь різних ділянок кори головного мозку, оскільки вони визначають кожну емоційну функцію. Емоції мають властивість ускладнюватися, що відбувається під впливом спілкування та в процесі освоєння різних видів діяльності.

Розвиваючись, дитина засвоює нові якості емоційної сфери, відбувається зміна співвідношення між інтелектом та афектом. Завдяки продуктивним видам діяльності та активному спілкуванню з оточуючими, саме в дошкільному віці відбуваються значні зміни в емоційній сфері дитини. [67].

У цей період для дітей важливою стає потреба в емоційному визнанні. Спостереження за вчинками інших, спілкування та контакти з оточуючими – важливе джерело розвитку емоцій. Саме в дошкільному віці дитина вчиться керувати своїми емоціями, що призводить до доволності поведінки, її усвідомленості.

На думку О. Леонтьєва в дошкільному віці поведінка переходить від спонтанної, керованої миттєвими почуттями та емоціями до вольової, контрольованої поведінки, що призводить до цілеспрямованого, усвідомленого вибору дитиною своєї поведінки [102].

Г. Урунтаєва [207] відзначає закономірність між розвитком емоційної сфери та пізнавальної, мотиваційної. Емоції залучають до своєї діяльності всі рівні розвитку особистості, а створення емоційного комфорту здійснює вплив майже на всі сфери психічної діяльності.

Протягом дошкільного віку дитина набуває певного емоційного досвіду, що слугує основою для емоційної поведінки, емоційної реакції на зовнішні впливи. П. Гальперін та О. Запорожець визначають емоції як первинну форму регулювання поведінки та діяльності дитини [45; 67]. Вивчення емоційної сфери розумово відсталих дошкільників, а також її корекція та розвиток мають важливе значення для успішної соціалізації дітей.

Ще в XVI столітті педагоги звертали увагу на емоційну сферу розумово відсталих дітей та враховували це при формуванні класифікацій, а також при наданні корекційної допомоги. В XIX столітті особливості розвитку емоційної сфери дітей враховували під час організації навчального та виховного процесу Б. Мінель, А. Фуке, Д. Ескіроль та ін. [65]. Проте, до 20-х років XX століття на перший план в дослідженнях розумово відсталих

висувався розвиток їх пізнавальних процесів, а особистісні якості розглядалися як другорядні, що залежали від інтелектуального рівня розвитку.

Л. Виготський виступав проти положень попередньої теорії та підкреслював необхідність враховувати інтелектуальну та емоційну сторони психіки. На його думку, розумова відсталість охоплює всі сторони психіки дитини. Своєрідність зв'язків між рівнем розвитку інтелектуальної та афективної сфер, на думку Л.Виготського, визначає відмінність між «слабоумною» та нормальною дитиною [37].

П. Моор висловлював думку, що розумово відсталі діти краще піддаються вихованню, ніж навчанню. Тому для більш успішної соціальної адаптації в них потрібно сформувати такі емоційно-вольові якості, як терпимість, стриманість, вміння виконувати ті види діяльності, які диктує суспільство [65].

Р. Берон, У. Гарднер, М. Раттер, Д. Тізард займалися вивченням агресивної поведінки розумово відсталих дітей та дійшли висновку, що це лише емоційна відповідь на ситуацію. Їх поведінкові та емоційні реакції залежать від ставлення до них оточуючих та зовнішніх умов [167].

Л. Занков розглядав емоційну сферу розумово відсталих дітей як засіб для виховання та формування в них тих якостей особистості, що будуть сприяти їх соціальній адаптації, успішному включенню в життя. Якщо виховний процес розумово відсталої дитини організовано належним чином, то життєдіяльність не буде обмежуватися лише елементарними емоціями [66].

М. Певзнер описує емоційну сферу розумово відсталих дітей як незрілу, недостатньо диференційовану, як таку, якій властиві нестабільність почуттів, крайній характер проявів почуттів. [145]

Ж. Шиф зазначає, що всупереч дефектам емоційної сфери, вона є більше збереженою по відношенню до інтелектуальної сфери розумово відсталих дітей [161].

Особливості нейродинаміки розумово відсталих тягнуть за собою порушення адекватності їх емоцій. Так, збудливі діти можуть характеризуватися лабільністю, вони поверхово реагують на обставини, швидко переключаються з одного виду діяльності на інший. Діти з гальмівним типом зациклюються на своїх переживаннях, вони навіть незначним подіям надають важливого значення. Навіть при легкій розумовій відсталості дітям властиві порушення емоційної сфери. При більш складних формах розумової відсталості можуть бути присутні складні порушення емоційної сфери, які потребують обов'язкової медичної допомоги, окрім психолого-педагогічної [217].

На думку Л. Виготського, несформованість або порушення емоційно-вольової сфери викликає порушення розвитку пізнавальної діяльності, що в свою чергу негативно впливає на розвиток особистості дитини. Дані порушення не лише знижують працездатність. Вони призводять до порушень соціальної адаптації та поведінки [38].

Г. Бреслав, Л. Виготський, І. Дубровіна, О. Нікольська та ін. описують властиві розумово відсталим дітям роздратованість, ейфорії, ейфорії, апатії. Серед порушень емоційно-вольової сфери можуть бути присутні безініціативність, нестриманість, навіюваність і упертість. [27; 58]

Результати досліджень Н. Школьнікової демонструють, що у дітей, яким властивий негативізм при різноманітних нервово-психічних захворюваннях та порушеннях розвитку, відмічаються патологічні розлади емоційної та поведінкової сфер [224].

Дитина з даним спектром порушень неадекватно відповідає на комунікативну ініціативу зі сторони оточуючих. Це може бути наслідком неправильного виховання, особистісних особливостей, невротичних та неврозоподібних станів.

Експериментально-психологічне дослідження емоційної сфери під керівництвом К. Лебединської та М. Певзнер виявило у дітей з розумовою відсталістю тривожність, невпевненість, емоції загрози, небезпеки. Крім

порушень шкільної дисципліни фахівці відзначали асоціальну поведінку. К. Лебединська та М. Певзнер вказували на те, що емоційні реакції у дітей з розумовою відсталістю поряд з інфантилізмом мають відтінок органічної церебральної недостатності: афективні спалахи відрізняються вибуховістю і агресією, часто завершуються вегетативними реакціями і головним болем. Також значний вплив на дитину має середовище: відсутність обох батьків, їх алкоголізм, наявність олігофренії і порушень поведінки у батьків [100; 145].

Б. Зейгарник [70], М. Певзнер [145], С. Рубінштейн [176] відзначали, що розумово відсталим притаманні особливі динамічні характеристики. Як і пізнавальні процеси, емоції при розумовій відсталості вирізняються інертністю, стереотипністю. Характерною рисою є недорозвинення, незрілість і нестійкість емоцій.

Розвиток емоцій нерозривно пов'язаний з розвитком особистості в цілому. Надзвичайно яскрава, значуща для дитини емоція може накласти відбиток на її подальше життя, закарбувавши в пам'яті той період чи ситуацію, з якою дана емоція була пов'язана.

На різних вікових етапах спостерігається розвиток емоційної сфери у розумово відсталих дітей. Проте цей розвиток має відбиток не лише на емоційному образі, а й на взаємозв'язку інтелектуальної та афективної сфер психіки. Якщо розумово відсталій дитині надається цілеспрямована корекційна допомога, можна помітити зміни в її емоційному розвитку.

Протягом дитинства емоції прогресують у своєму розвитку, набувають багатого змісту та більш складних форм. Це відбувається під впливом соціального середовища та цілеспрямованого виховання. Характер емоційної регуляції змінюється в залежності від загального характеру діяльності дитини та її мотивації.

На думку О. Гаврилушкіної, А. Катаєвої, Н. Соколової, О. Стребелевої, якщо в дошкільному віці прищепити дітям доброзичливе ставлення до однолітків та дорослих, вони оволодіють способами вираження своїх переживань [39; 79].

Отже, зміни в емоційній сфері розумово відсталої дитини визначаються як ступенем і своєрідністю інтелектуального дефекту, так і соціальною ситуацією розвитку, і в першу чергу - якістю корекційно-освітнього процесу. Ж. Намазбаєва підкреслює необхідність більш глибокого вивчення зони найближчого розвитку емоційної сфери при розумовій відсталості, що дозволить підвищити ефективність корекційної допомоги [129].

Я. Неверович у своїх дослідженнях дійшла висновку, що емоції розумово відсталої дитини виражають не тільки особливості мотивів поведінки, але й відіграють важливу роль в їх реалізації [130].

Розвиток вищих почуттів передбачає поєднання емоційного та інтелектуального компонентів психіки. Слабкість інтелектуальної сфери гальмує розвиток вищих почуттів. Лише вчасна корекційна допомога, спрямована на розвиток інтелекту і формування духовних потреб, сприяє розвитку вищих почуттів і забезпечує їм провідну роль.

Порушення емоційного розвитку розумово відсталих дітей стосуються й їх здатності тим чи іншим чином висловлювати свої переживання. Такі діти мають ряд особливостей: недостатньо виразна міміка і пантоміміка, інтонаційне збіднення мовлення поєднується з обмеженим запасом слів, що позначають різні емоційні стани. Особливі труднощі розумово відсталі діти відчувають при необхідності висловити складні, суперечливі переживання, що нерідко призводить до неправильної поведінки.

Надзвичайно важливу роль у вивченні емоційного розвитку дітей з розумовою відсталістю відіграє усвідомлення того, наскільки такі діти можуть уявити емоційний стан іншої людини відповідно до їх міміки та пантоміміки. На думку О. Агавелян, Е. Євлахової, Ж. Намазбаєвої, Є. Ненашевої, Т. Процко, Т. Стерніної, Н. Стадненко здатність розумово відсталої дитини усвідомити переживання іншої людини залежить від вміння поставити себе на місце іншої людини, а також є характеристикою глибокого емоційного світу такої дитини [1; 60; 129; 158; 193; 190; 192].

Отже, аналіз літературних джерел з проблеми розвитку емоційної та поведінкової сфер розумово відсталих дітей дозволяє зробити висновок про значний інтерес дослідників в галузі спеціальної психології та корекційної педагогіки, неоднозначність та різноплановість теоретико-методологічних підходів до вивчення відхилень в поведінковому розвитку розумово відсталих дітей, необхідність подальшого науково-практичного дослідження проблеми.

Висновки до першого розділу

1. У розділі представлено історичні аспекти становлення та розвитку поглядів щодо сутності поняття «синдром гіперактивності», здійснено теоретичний аналіз психолого-педагогічної та медичної літератури, спрямованої на вивчення чинників та механізмів розвитку синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю. Встановлено, що синдром гіперактивності фіксується в дітей, які мають стійкі та невідповідні їх віку симптоми неухвильності, гіперактивності та імпульсивності. Синдром гіперактивності пов'язаний з порушенням саморегуляції, для якого характерна зміна когнітивної функції, дефіцит уваги та гальмування.

2. Проаналізовано причини та механізми розвитку синдрому гіперактивності з позицій різних наукових теорій: специфічні особливості будови і функціонування структур мозку, переважно з боку префронтально-стріато-таламо-кортикальних структур (нейрофізіологічна теорія); зміна концентрації нейромедіаторів (нейромедіаторна теорія); сукупність ген-факторів, що відповідають за патогенез і ступінь тяжкості клінічних проявів, що обумовлює необхідність врахування взаємодії ендо- і екзогенних чинників у структурі патогенезу (генетична теорія); вплив пре-, перинатальної та ранньої постнатальної патології (медико-біологічний підхід); недостатня сформованість функцій регуляції, програмування і контролю психічних процесів, що забезпечуються лобними відділами

головного мозку (нейропсихологічна теорія); особливості психомоторного рівня реактивності, що призводять до неспецифічних форм реагування (дизонтогенетична теорія); вплив соціальних чинників на розвиток синдрому гіперактивності, передусім, стилю сімейного виховання (соціально-психологічні теорії).

3. Встановлено, що проблема порушень поведінки розумово відсталих дітей носить міждисциплінарний характер. Дослідження в галузі спеціальної психології та педагогіки показали, що у розумово відсталих дітей порушення поведінки є результатом первинного дефекту та визначаються особливостями їх особистісної сфери. Вони мають різну клініко-психологічну структуру. Зміни в емоційній сфері розумово відсталої дитини визначаються як ступенем і своєрідністю інтелектуального дефекту, так і соціальною ситуацією розвитку, в першу чергу - якістю корекційно-освітнього процесу. Відзначається гіперактивність, агресивність, конфліктність, тривожність, опозиційні реакції, що найчастіше зустрічаються серед поведінкових порушень у розумово відсталих дітей. Поліморфний характер структури синдрому гіперактивності, варіативність його проявів у розумово відсталих дітей обумовлюють необхідність подальших досліджень у даному напрямку.

Основний зміст розділу висвітлений в працях автора:

1. Касьян М. В. До проблеми дослідження синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю // Освіта та наука у вимірах ХХІ століття : мат-ли звітно-наук. конф. студентів 19-20 квітня 2011 р. – К. : Вид-во НПУ імені М. П. Драгманова, 2011. – С. 112.

2. Касьян М. В. Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю як клініко-психологічна проблема // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова, Серія 19. Корекційна педагогіка та психологія: зб. наук. праць. – К.: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2012. - № 21. – С. 364-367.

3. Касьян М. В. Розуміння гіпердинамічного синдрому у дітей дошкільного віку з розумовою відсталістю у сучасній спеціальній психології

// Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова, Серія 19. Корекційна педагогіка та психологія: зб. наук. праць. – К.: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2012. - № 22. – С. 335-339.

4. Касьян М. В. Основні підходи до вивчення синдрому гіперактивності у розумово відсталих дітей // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова, Серія 19. Корекційна педагогіка та психологія: зб. наук. праць. – К. : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2014. - № 26. – С. 310-313.

РОЗДІЛ 2

ПСИХОЛОГІЧНА ДІАГНОСТИКА СИНДРОМУ ГІПЕРАКТИВНОСТІ У РОЗУМОВО ВІДСТАЛИХ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

2.1. Процесуальні характеристики синдрому гіперактивності у дітей

Виявлення дітей з синдромом гіперактивності – довготривалий та ретельний процес. Поведінка гіперактивних дітей зовні може бути схожою на поведінку дітей з підвищеною тривожністю, неврозами, шизофренією тощо, тому психологу та педагогу важливо знати основні відмінності поведінки однієї категорії дітей від інших.

Клінічні прояви синдрому різноманітні. При його діагностиці застосовуються стандартні діагностичні критерії, розроблені Американською психіатричною асоціацією та опубліковані в «Діагностичному та статистичному керівництві по психічним розладам» в його четвертій редакції.

За сучасними класифікаціями МКХ-10 і DSM-IV синдром гіперактивності характеризується:

- 1) віковими особливостями, що не відповідають нормі та свідчать про недостатність адаптаційних можливостей дитини;
- 2) порушенням уваги;
- 3) гіперактивністю та імпульсивністю;
- 4) розвитком перших симптомів у віці до 7 років;
- 5) постійним збереженням симптомів протягом як мінімум шести місяців в такому ступені вираженості, який свідчить про слабку адаптованість дитини;
- 6) недостатньою адаптацією в різноманітних ситуаціях та навколишньому середовищі (дім, дитячий садок, школа, гуртки), не

дивлячись на відповідність рівня інтелектуального розвитку нормальним віковим показникам.

Для встановлення синдрому гіперактивності у дитини, необхідно спостерігати наявність шести або більше симптомів неуважності та гіперактивності/імпульсивності, які зберігаються у дитини протягом хоча б шести місяців і виражені настільки, що свідчить про недостатню адаптацію та невідповідність нормальним віковим характеристиками розвитку.

Хоча в Керівництві DSM симптоми гіперактивності та імпульсивності розглядаються окремо, у дітей з гіперактивністю проявляється і імпульсивність. Тому ці симптоми розглядаються разом – як єдина поведінкова характеристика [110].

Натепер синдром гіперактивності представлений в декількох класифікаціях. Так в американському «Керівництві по діагностиці та статистиці психічних розладів» в його 4 редакції (DSM-IV-TR) синдрому гіперактивності відповідає рубрика 314, причому для синдрому гіперактивності з переважанням дефіциту уваги відповідає шифр 314.00, з переважанням гіперактивності та імпульсивності та змішаному типу – 314.01 [235].

Для позначення діагнозу синдрому гіперактивності МКХ-10 виділяється рубрика F90-F98 Поведінкові та емоційні розлади, які починаються здебільшого в дитячому та підлітковому віці. F90.0 Порухення активності і уваги. Даним пунктом характеризується захворювання, при якому виявляються загальні критерії гіперкінетичного розладу (F90), але немає критеріїв розладів поведінки (F91). F90.1 Гіперкінетичний розлад поведінки. Виявляються загальні критерії гіперкінетичного розладу (F90) і розлади поведінки (F91). Важливо відзначити, що діагноз гіперкінетичного розладу поведінки (F90.1) встановлюється частіше. Як правило, порушення уваги і гіперактивність супроводжуються опозиційними реакціями, які визначаються патогенетичними механізмами нетерплячості та проблем мотиваційної сфери: з одного боку, дитина з синдромом гіперактивності

«хоче все і одразу», з іншого боку, їй важко починати робити щось повсякденне та нецікаве, простіше відмовитися, маніпулювати оточуючими, намагаючись домогтися свого. У випадках неправильних стилів виховання дітей з синдромом гіперактивності особливо часто мають місце будь-які види розладів поведінки (F91). F90.9 Гіперкінетичний розлад, невизначений. Ця залишкова рубрика повинна використовуватися лише при неможливості диференціювання між діагнозом «порушення уваги» і «гіперактивність» (F90.0) і діагнозом гіперкінетичний розлад поведінки (F90.1), проте виконуються загальні критерії F90. F98.8 Синдром дефіциту уваги без гіперактивності. Зустрічається досить часто, особливо при розвитку перинатальних патогенетичних механізмів (мінімальної мозкової дисфункції). Вимагає інших підходів до корекції ніж вищевказані розлади (F90).

Частіше діагноз синдром гіперактивності та розумова відсталість розмежовують і вони існують як два окремих діагнози. Проте, у випадках наявності межових показників при дослідженні інтелектуального розвитку по Векслеру і наявності критеріїв синдрому гіперактивності слід ставити два діагнози: змішаний специфічний розлад розвитку (F83) і гіперкінетичний розлад (F90).

Розглянувши ж іншу рубрику МКХ-10, що відноситься до класу V. F00-F99. Психічні розлади та розлади поведінки, блок F80-F89. Розлади психологічного розвитку, пункт F84. Загальні розлади психологічного розвитку, можна виокремити підпункт F84.4 Гіперактивний розлад, що поєднується з розумовою відсталістю та стереотипними рухами – це не чітко позначений розлад точно не встановленої нозології. Дана категорія включена в цей блок внаслідок наявних даних, що у дітей з тяжкою розумовою відсталістю (IQ<50) спостерігаються значні труднощі у вигляді гіперактивності та дефіциту уваги, часто виявляється стереотипна поведінка; у таких дітей спостерігається тенденція: стимулюючі препарати не впливають з користю на них (на відміну від тих, у кого IQ в межах норми), а

навпаки, можуть викликати тяжкі дисфоричні реакції (іноді з психомоторною загальмованістю) на призначення стимуляторів; у підлітків гіперактивність виявляє тенденцію змінюватися зниженою активністю (це не характерно для гіпердинамічних дітей з нормальним IQ). Цей синдром часто поєднується з різновидами затримок розвитку, специфічних або загальних. Невідомо якою мірою поведінкові ознаки є похідними від низького IQ або органічного пошкодження мозку. Так само неясно де краще класифікувати розлади у дітей з легкою розумовою відсталістю, у яких виявляється гіперкінетичний синдром, тут або в рубриці F90.

Останнім часом спеціалісти дійшли до висновку, що гіперактивність виступає як один з проявів цілого комплексу порушень. Основний же дефект пов'язаний з недостатністю механізмів уваги та тормозного контролю.

Для встановлення діагнозу має бути проведена обов'язкова комплексна діагностика, яка включає в себе медичне та психолого-педагогічне обстеження.

Спеціалісти проводять оцінку стану дитини, наявність відхилень у розвитку, порушень сприймання та мовлення, а також слуху та зору. В складних випадках проводиться спеціальне неврологічне обстеження.

Окрім основних критеріїв постановки діагнозу синдром гіперактивності, були сформульовані основні клінічні форми даного розладу. DSM виділяє три підтипи, засновані на переважанні симптомів неуважності, гіперактивності-імпульсивності або комбінації обох груп:

1. З переважанням дефіциту уваги (ADHD-PI): 6 і більше симптомів дефіциту уваги; менше 6 симптомів гіперактивності/імпульсивності.
2. З переважанням гіперактивності/імпульсивності (ADHD-HI): менше 6 симптомів дефіциту уваги; 6 і більше симптомів гіперактивності/імпульсивності – зустрічається досить рідко.
3. Змішана форма (ADHD-C): 6 і більше симптомів дефіциту уваги; 6 і більше симптомів гіперактивності/імпульсивності – форма розладу, що найбільш часто зустрічається.

Якщо при обстеженні та спостереженні за дитиною останні 6 місяців спостерігаються ознаки неуважності, гіперактивності й імпульсивності, то ставиться діагноз – змішана форма. Ця форма найбільш розповсюджена і складає 50-70 %. Якщо у дитини виявляються 6 симптомів неуважності і декілька симптомів імпульсивності і гіперактивності, то ставлять діагноз – синдром гіперактивності з переважним порушенням уваги. На долю цієї форми припадає 20-30 %. У випадку, якщо в дитини повністю спостерігаються ознаки гіперактивності й імпульсивності та проявляються лише деякі ознаки неуважності, то діагноз формується як – синдром гіперактивності з переважанням гіперактивності й імпульсивності. Ця форма властива 15% осіб.

Синдром гіперактивності має дві форми перебігу: чисту та комбіновану.

Друга форма синдрому гіперактивності супроводжується додатковими порушеннями: навчання (дислексія, дискалькулія, дисграфія та ін.), моторики (порушення моторного вміння), спілкування (комунікативні): порушення експресивного та рецептивно-експресивного мовлення, фонації, логоневрози.

До числа коморбідних станів при синдромі гіперактивності відносяться: порушення емоційного контролю: афективні, тривожність, панічні, obsесивно-компульсивні стани; порушення рухового контролю: тіки, пароксизми, порушення сну; порушення комфорту: головні болі, нетримання сечі, синдром подразненого кишківнику; порушення, пов'язані з використанням інтоксикантів: токсичні інгалянти, тютюн, алкоголь, наркотичні речовини; порушення з руйнівною поведінкою: опозиційно-зухвала поведінка, кондуктивні порушення, антисоціальна поведінка.

У 87 % дітей з синдромом гіперактивності виявляється як мінімум один коморбідний розлад, у 67 % – не менше двох. Найбільш часто зустрічаються наступні типи коморбідних захворювань: синдром гіперактивності та тривожні/афективні розлади – у 38 % дітей з даним розладом, синдром гіперактивності та розлад прив'язаності – у 14 %, синдром гіперактивності та

тіки – у 11 %, синдром гіперактивності та виникаючий опозиційний розлад – у 40 % [43].

За даними E. Knell та співавторів [253], близько 50 % дітей з синдромом гіперактивності мають тіки. Крім того, у дітей з синдромом гіперактивності доволі часто спостерігаються мовленнєві порушення, порушення сну у вигляді сногворіння, сноходіння, суб'єктивного відчуття недостатності сну при його нормальній тривалості, нічних кошмарів. Значно частіше у цих дітей порушення сну можуть бути пов'язані з прийомом стимулюючих ліків та супутніми психічними розладами, ніж саме з синдромом гіперактивності. Також серед супутніх симптомів синдрому гіперактивності відмічають тривожність (у 74 % хлопчиків, 76 % дівчаток), емоційно-вольові порушення, що включають інфантильність поведінки, сором'язливість, образливість, дратівливість, плаксивість (у 72 % хлопчиків та дівчаток), порушення поведінки (у 72 % хлопчиків та 68 % дівчаток), головні болі (у 51 % хлопчиків та 53 % дівчаток), нічний енурез (у 14 % хлопчиків, 12 % дівчаток). У підлітковому віці може спостерігатися незначне погіршення зросту, яке нормалізується в пізньому підлітковому віці.

E. Knell, D. Coming відмічають, що, якщо основні клінічні симптоми синдрому гіперактивності (неуважність, гіперактивність, імпульсивність) є достатньо стійкими, то прояви тривожності, емоційно-вольових та поведінкових порушень у дітей обумовлені складною внутрішньо-сімейною ситуацією, труднощами взаємовідносин з батьками та іншим важливим оточенням [253].

За даними P. Гасанова, синдром гіперактивності часто зустрічається у дітей з епілепсією (12 %). Також існують дані досліджень, в яких спостерігається коморбідність синдрому гіперактивності з наркоманією, коли розлади вегетативних, емоційних та психічних функцій стають більш вираженими в порівнянні з такими при кожному захворюванні окремо [43].

Л. Чутко, враховуючи можливі патогенетичні механізми захворювання, виокремлює чотири клінічні варіанти синдрому гіперактивності:

1. Ідіопатичний (носить спадковий характер) – проявляється помірно вираженими неухважністю та гіперактивністю.

2. Резидуально-органічний (причина – патологія в перинатальний період) – характеризується вираженими проявами неухважності та гіперактивності/імпульсивності.

3. Церебрастенічний (причина – патологія перинатального періоду та соматичні захворювання) – проявляється переважанням неухважності в поєднанні з астенізацією дитини.

4. Неврозоподібний (причина – поєднання генетичних факторів, патології перинатального періоду та вплив психотравмуючої ситуації) – проявляється в помірних неухважності, гіперактивності та імпульсивності, що супроводжуються невротичними розладами [214].

Д. Амен [6] обґрунтував власну класифікацію типів синдрому гіперактивності, ґрунтуючись на аналізі знімків мозку та на симптомах. Він створив дану класифікацію типів на основі аналізу тисячі однофотонних емісійних комп'ютерних томографій (ОФЕКТ) мозку людей з психологічними проблемами.

Д. Амен вважає ключовими в симптомах синдрому гіперактивності такі критерії: здатність утримувати увагу короткий період часу; відволікання; неорганізованість; відкладання справ; поганий самоконтроль.

Спираючись на ці симптоми та на дані емісійної комп'ютерної томографії мозку, що відображає активність різних відділів мозку, що відповідають за увагу, короткочасну пам'ять, забудькуватість, Д.Амен описав наступні шість типів синдрому гіперактивності:

– Тип 1 – класичний синдром гіперактивності. У пацієнтів спостерігаються основні симптоми синдрому гіперактивності (нестійка увага, проблеми з концентрацією уваги, дезорганізація, відсутність перспективної оцінки поведінки), а також гіперактивність, нервозність та імпульсивність. Цей тип, як правило, діагностується на ранніх етапах життя.

- Тип 2 – синдром гіперактивності з неухважністю. Крім основних симптомів розладу спостерігається занепад сил, знижена мотивація, відстороненість і схильність зациклюватися на собі. Цей тип зазвичай діагностують у більш пізньому віці. Він частіше зустрічається у дівчаток. Ці тихі діти і дорослі, їх вважають ледачими, невмотивованими і не дуже розумними.

- Тип 3 – синдром гіперактивності з надмірною зосередженістю. Поєднання всіх ключових симптомів з деструктивними думками та відхиленнями в поведінці, такими як опозиція і схильність до незгоди. Для цих пацієнтів також характерні когнітивна негнучкість, проблеми з переключенням уваги, схильність зациклюватися на негативних думках, потреба в одноманітності.

- Тип 4 – синдром гіперактивності скроневої долі. Поєднання всіх ключових симптомів синдрому гіперактивності з дратівливістю, агресивністю, запальністю. Іноді вони відчують тривогу, головні болі або болі в животі, переживають похмурі думки, мають проблеми з пам'яттю, труднощі з читанням і часом неправильно інтерпретують звернені до них зауваження.

- Тип 5 – лімбічний синдром гіперактивності. Первинні симптоми синдрому у цих пацієнтів супроводжуються хронічною меланхолією й негативізмом у поєднанні із занепадом сил, низькою самооцінкою, зниженою мотивацією, дратівливістю, соціальною ізоляцією, відсутністю апетиту та сну.

- Тип 6 – синдром гіперактивності «Кільце вогню». Межовий стан між синдромом гіперактивності та біполярним розладом. Крім основних симптомів синдрому гіперактивності таким дітям характерні примхливість, спалахи гніву, опозиційні риси характеру, відсутність гнучкості, поспішність мислення, надмірна балакучість і чутливість до звуків і світла. [6].

Синдром гіперактивності характеризується певними особливостями рухового розвитку та тісно пов'язаний з порушенням уваги й емоційної сфери. Серед них можна означити:

- особливості моторно-рухового розвитку: незграбність рухів, порушення координації й гармонійності рухових комплексів, дитина здатна виконувати певні рухи, але не може скласти з них гармонійного цілого, загальна підвищена активність, перешкоди в засвоєнні рухів, підвищене м'язове напруження, підвищений м'язовий тонус;

- особливості уваги і контролю: короткочасна та слабка концентрація уваги, розосередження уваги, її ригідність, персеверації (дитина не може відірватися від певного предмета або способу вирішення проблеми);

- особливості емоційної сфери: збудливість, апатія, невпевненість, внутрішнє напруження, емоційна лабільність, часта зміна настрою, негативізм, відчуття страху, агресивність;

- порушення зорово-моторної координації;

- відхилення у вестибулярній чутливості. Виявляються як надчутливість або як низька чутливість. Надчутливість – це гравітаційна невпевненість. При низькій вестибулярній чутливості дитина, навпаки, добре переносить обертання і розгойдування;

- порушення дрібної моторики різного ступеня тяжкості. Дітям буває важко навчитися зав'язувати шнурки, вирізати ножицями точно по контуру, розфарбовувати, не виходячи за межі тощо;

- сенсорна надчутливість, особливо до дотиків, навіть дуже легких. Слухова та нюхова надчутливість, смакова та зорова чутливість, а також низька чутливість разом з гіперчутливістю – низька чутливість до холоду або болю, а також знижена чутливість до стимулювання вестибулярного апарату);

- депресія. Діти з синдромом гіперактивності частіше ніж інші діти переживають депресії. Близько 20% з них мають депресії, у багатьох з них по мірі дорослішання, до двадцяти років розвиваються депресії або інші розлади

настрою. Зв'язок між синдромом гіперактивності та депресією виражається в тому, що виникнення одного розладу, збільшує ризик виникнення іншого;

- тривожність. За даними R. Jensen 25 % дітей із синдромом гіперактивності мають підвищений або високий рівень тривожності. Діти з синдромом гіперактивності гірше адаптуються в новій обстановці і більш схильні до дії негативних стрес-факторів, що збільшує тривожний фон настрою дитини. Вони можуть переживати напруження або дискомфорт, і постійно хочуть переконатися в тому, що з ними все добре;

- опозиційно-зухвалий розлад. Характеризується агресивністю та схильністю навмисно зачіпати інших. Близько половини усіх дітей з синдромом гіперактивності, в основному хлопчиків у віці від 7 років, мають прояви опозиційно-зухвалого розладу. Вони проявляють підвищену реактивність, вперті, нетерплячі;

- мовленнєві розлади. Від 30 до 60 % дітей з синдромом гіперактивності мають мовленнєві розлади. У них часто виникають труднощі з використанням мови в повсякденному житті. Для цих характерні надмірна говірливість, гучність, вони часто переключаються з однієї думки на іншу, не вміють дослухати співрозмовника до кінця, перебивають інших;

- труднощі у навчанні. За даними М. Заваденко, до 66 % дітей із синдромом гіперактивності мають труднощі в навчанні у вигляді дислексії, дисграфії та дискалькулії. Ці діти можуть не справлятися з шкільними завданнями, тестами, отримують погані оцінки. Недостатність навчальних навичок спостерігаються вже в дошкільному віці [209].

Велика кількість коморбідних станів у дітей з синдромом гіперактивності дає необхідність проведення нейропсихологічного аналізу та інструментальних досліджень. Спеціалісти відмічають, що наявність супутніх (коморбідних) розладів при синдромі гіперактивності – швидше правило, ніж виключення.

Синдром гіперактивності часто поєднується з іншими розладами, тому дані дослідження необхідні не лише для уточнення діагнозу, але й для

диференційної діагностики з метою відмежувати дане захворювання від схожих за симптоматикою.

Інколи симптоми синдрому гіперактивності в якості вторинних проявів спостерігаються при тяжких психопатологіях, таких як посттравматична енцефалопатія, неврози, астеничний синдром при соматичних захворюваннях, наслідки нейроінфекцій, фетальний алкогольний синдром (алкоголізація плоду в утробі матері), хронічне отруєння свинцем, постінфекційна енцефалопатія та інші. Оскільки симптоматична картина синдрому гіперактивності схожа на інші стани необхідною є диференційна діагностика.

М. Заваденко та ін. відмічають необхідність відмежовувати синдром гіперактивності від різноманітних психічних розладів, таких як аутизм, шизофренія, маніакально-депресивний синдром. Шизофренія та депресії також можуть супроводжуватися надмірною активністю й дефіцитом уваги, проте непостійний характер цих порушень, сімейна обтяженість даними захворюваннями роблять можливим відмежувати їх від синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю [64].

В якості вторинних проявів надмірна рухова активність та неуважність можуть супроводжувати посттравматичний синдром після черепно-мозкової травми, а також бути симптомами неврозів. Проте етіологія неврозів, як і інших психогенних захворювань, обов'язково включає психотравмуючий фактор, а синдром гіперактивності розвивається внаслідок генетичної або церебро-органічної патології.

Диференційний діагноз синдрому гіперактивності проводять з розладами аутистичного спектру, оскільки останні можуть супроводжуватися порушенням уваги та гіперактивністю. Згідно опитувальника КАРС, для відмежування синдрому гіперактивності від раннього дитячого аутизму необхідно враховувати, що діти з синдромом гіперактивності можуть відчувати труднощі лише при першому контакті з іншими людьми, оскільки дитина з раннім дитячим аутизмом не відгукується й не ініціює контакт самостійно. У дітей з синдромом гіперактивності емоційні реакції можуть

бути надмірними, можливі гримаси і «клоунівська» поведінка, може бути присутньою незграбність, стереотипні рухи менш інтенсивні, інтерес до іграшок нестабільний, до нових іграшок ставляться з радістю, але вони швидко набридають. У дітей з раннім дитячим аутизмом емоційні реакції можуть бути стриманими або надмірними та не відповідати ситуації, може бути присутньою незграбність поряд з інтенсивними і частими стереотипними рухами у вигляді розгойдування, пощипування тіла тощо, слабкий інтерес до звичайних іграшок або використання в грі виключно одного предмету. Така дитина різко чинить супротив змінам, стає злою, відмовляється від співпраці, уникає погляду в очі, спостерігається гіпо- або гіперреакція на звуки, вона може бути стурбованою обмацуванням, обнюхуванням або дослідженням на смак предметів або людей; може ігнорувати біль або давати гіперреакцію на легкий біль. Діти з даною патологією частіше демонструють безмежну енергію, рідше виглядають млявими, на відміну від дітей з раннім дитячим аутизмом, які демонструють крайні ступені активності чи пасивності, легко переходять з однієї крайності в іншу.

Учені вважають, що необхідно також проводити диференційний діагноз синдрому гіперактивності з епілепсією. Епілепсія може супроводжуватися порушенням активності та уваги. З іншого боку, діти з синдромом гіперактивності можуть мати пароксизмальні напади в анамнезі.

Необхідним аспектом в диференційній діагностиці є відмежування синдрому гіперактивності від опозиційного розладу поведінки. Опозиційний розлад поведінки як будь-який розлад поведінки передбачає вплив психосоціальних факторів і демонструє протест особистості, що формується в ситуації, яка не влаштовує об'єктивно чи суб'єктивно. У разі синдрому гіперактивності опозиційна поведінка дитини пов'язано насамперед з певною слабкістю мотиваційно-вольової сфери (біологічно зумовленої).

Діти з синдромом гіперактивності мають певну слабкість нервової системи та важко переносять будь-яке напруження, пов'язане зі стресом.

Тому у них часто виникає тривога, що може посилити прояви синдрому гіперактивності.

Поведінка гіперактивних дітей ззовні може бути схожою на поведінку дітей з підвищеною тривожністю, тому необхідно знати основні відмінності поведінки даних категорій одна від одної. Поведінка дитини з підвищеною тривожністю соціально не руйнівна, проте синдром гіперактивності є причиною різних конфліктів, бійок або елементарних непорозумінь.

У диференційній діагностиці синдрому гіперактивності і тривожних розладів як окремих діагнозів має значення час виникнення і тривалість порушень: синдром гіперактивності проявляється з дитинства і його прояви можуть посилюватися при виникненні психотравмуючої ситуації.

Н. Chietekova (1968) вважає, що диференційну діагностику синдрому слід проводити з дитячим мозковим паралічем, шизофренією, синдромами Гелера та Крамер-Полнова, сенсорною депривацією тощо [243].

Поведінка надмірно збудливих підлітків часто нагадує риси синдрому гіперактивності. Відмінною рисою є лише здатність до соціальної адаптації. Діти з синдромом гіперактивності погано адаптуються в суспільстві через соціальну незрілість, погану комунікабельність, а дітям з акцентуаціями характеру це не властиво.

У дітей з синдромом гіперактивності депресивні ознаки спостерігаються в 40 % випадків, до 20 років відбувається зниження до 27 %. Є вірогідність спадкової схильності, що пов'язана з низькою самооцінкою в дитинстві. Великий депресивний розлад може виникнути до юнацького віку, це пов'язане зі схильністю до формування суїцидальних думок [209].

Наявність при синдромі гіперактивності великої кількості вторинних порушень ускладнює діагностику. Тому обстеження дитини повинно проводитися групою спеціалістів. Педіатр та невролог без допомоги психолога та спеціалістів вузького кола, при одноразовому огляді не в змозі точно діагностувати захворювання та виявити всі наявні порушення.

У цілому діагностика синдрому гіперактивності має бути спрямована на виявлення причин та основних механізмів розвитку порушення – нейропсихологічних, біохімічних, нейрофізіологічних. Порушення, що переважають, і будуть диктувати основні напрямки психологічної корекції та лікування.

Для постановки остаточного діагнозу необхідно зібрати інформацію про матір: як протікала вагітність, пологи, чи були порушення в подальшому розвитку дитини. Також необхідні дані про розвиток мовлення, особливості темпераменту. Необхідно звернути увагу на активність дитини протягом дня, характер сну, наявність поведінкових проблем, успішність, взаємини з друзям, вияснюється коло інтересів.

Одноразове спостереження за дитиною не може розкрити повну картину захворювання, тому психолог повинен слідкувати в різних ситуаціях, протягом тривалого часу. Адже акцентування уваги лише на одній з причин буде не повним, а короткочасне спостереження за проявами дитини в емоційній та поведінковій сфері не дозволить з впевненістю говорити про синдром гіперактивності.

Нажаль, на сьогодні не існує єдиної пояснюючої теорії виникнення та механізму розвитку синдрому гіперактивності. Тому, спираючись на аналіз теоретико-практичних робіт із зазначеної проблематики, нами була розроблена узагальнена схема розвитку даного порушення, що відображає відомі причини та наслідки синдрому гіперактивності (Додаток А).

2.2. Дослідження синдрому гіперактивності у дітей дошкільного віку з розумовою відсталістю

Питання вирішення проблем поведінки дітей з розумовою відсталістю особливо гостро постає перед психологами та педагогами спеціальних загальноосвітніх дошкільних і шкільних навчальних закладів.

Патологічні порушення поведінки завжди виникають генералізовано, тобто проявляються в усіх сферах життя дитини. Патологічні порушення поведінки не можуть проявлятися в дошкільному навчальному закладі, а вдома або під час прогулянок бути повністю відсутніми.

Згідно МКХ-10 розумова відсталість ділиться на чотири групи за ступенем вираженості поведінкових порушень. Ступінь вираження поведінкових порушень визначається знаком після крапки в коді діагнозу:

F7x.0 – вказує на відсутність або слабку вираженість порушень поведінки;

F7x.1 – зі значними порушеннями поведінки, що потребують догляду і лікування;

F7x.8 – з іншими порушеннями поведінки;

F7x.9 – без порушень поведінки.

Проте, даних лише про ступінь тяжкості поведінкових порушень недостатньо. При цьому відсутні дані про якісну характеристику порушення. Тому необхідною є інша класифікація порушень поведінки у розумово відсталих, яка на даний час відсутня.

За даними зарубіжних авторів (D. Pearson, D. Lachar, K. Loveland, C. Santos, L. Faria) розумово відсталі діти з синдромом гіперактивності характеризуються деструктивною поведінкою, що включає гіперактивність, злочини, погані сімейні відносини, високий рівень депресії, слабкі соціальні навички, порушення адаптації.

Метою констатувального етапу нашого дослідження було створення комплексу діагностичних процедур для виявлення синдрому гіперактивності у розумово відсталих дітей дошкільного віку за провідними симптомами та тяжкістю патології. Виявити психологічні особливості розумово відсталих дітей з синдромом гіперактивності, визначити типи та форми цього розладу.

У дослідженні взяло участь 143 дитини дошкільного віку з легкою розумовою відсталістю. Вік обстежуваних складав 5-7 років (старший дошкільний вік). Експериментальною базою стали Дошкільний навчальний

заклад (дитячий садок) №569 (Київ), Спеціальний навчально-виховний комплекс «Мрія» Деснянського району м.Києва, Спеціальна школа-інтернат №26 для дітей з вадами у розумовому розвитку (Київ), Центр медико-психологічної, соціально-реабілітаційної допомоги Національної дитячої спеціалізованої лікарні «ОХМАТДИТ» Міністерства охорони здоров'я України (Київ), Комунальний заклад Львівської обласної ради «Підгірцівська спеціальна загальноосвітня школа-інтернат I-III ст.» (Львівська обл.).

Діагностичні критерії синдрому гіперактивності визначені Американською психіатричною асоціацією стосуються окремо дефіциту уваги, з одного боку, й імпульсивності, гіперактивності, з іншого боку. У дослідженні використовувалося декілька критеріїв діагностики цього стану. Дитині без інтелектуальних порушень може бути поставлений діагноз «синдром гіперактивності» за умови наявності 6 або більше симптомів неуважності, 6 або більше симптомів гіперактивності/імпульсивності (розглядаються у сукупності). Симптоми мають спостерігатися протягом не менше ніж півроку у формі, що вказує на дезадаптованість дитини та не відповідає рівню її розвитку.

Для розумово відсталих дітей не є коректним повне застосування зазначених вище критеріїв. Ці критерії потребують обов'язкової адаптації відповідно до первинного дефекту (розумова відсталість), а також віку дитини. Спираючись на критерії МКХ-10 та DSV-IV і на особливості поведінкових та емоційних порушень у розумово відсталих дітей ми обмежили кількість ознак, узагальнили, скоригували їх таким чином, щоб вони відповідали проявам поведінкових порушень, а саме синдрому гіперактивності, у розумово відсталих дітей дошкільного віку.

У процесі дослідження були виділені наступні ознаки прояву синдрому гіперактивності, урахування яких дозволить стверджувати про наявність відповідного порушення у розумово відсталій дитині:

- виникнення перших симптомів у віці до 7 років (до вступу в школу);

- недостатня адаптація в різноманітних ситуаціях та навколишньому середовищі (дім, дитячий садок, школа);
- постійне збереження симптомів протягом 6 місяців та більше;
- гіперактивність, імпульсивність, порушення уваги – як провідні симптоми порушення;
- наявність 3 або більше симптомів неуважності, 3 або більше симптомів гіперактивності/імпульсивності.

При постановці діагнозу «синдром гіперактивності» розумово відсталим дітям у першу чергу необхідно орієнтуватися на критерії гіперактивності та імпульсивності, адже порушення уваги (відволікання, нестійкість, низька продуктивність) властиві усім дітям з розумовою відсталістю. Проте у розумово відсталих дітей з синдромом гіперактивності порушення уваги проявляються більшою мірою, ніж у розумово відсталих дітей без цього синдрому, тому критеріями порушення уваги також не можна повністю нехтувати (М. Аман, Б. Бенсон, Д. Вольф, Е. Меш) [127].

У розумово відсталих дітей спостерігається порушення адаптивної поведінки, проте в захищених соціальних умовах, де забезпечується підтримка, ситуація довіри, ці порушення у дітей з легкою розумовою відсталістю можуть зовсім не мати вираженого характеру. Тому така особливість як «недостатня адаптація в різноманітних ситуаціях» або, іншими словами, дезадаптивна поведінка є обов'язковим для постановки діагнозу синдром гіперактивності.

Надзвичайно важливим є постановка діагнозу саме в дошкільному віці, адже після 7-річного віку до розумово відсталої дитини починають висуватися нові вимоги, що спричинено вступом до школи, зміною кола спілкування. Це, в свою чергу, може провокувати нестійкі негативні поведінкові прояви. Тому не можна нехтувати стійкістю симптомів і говорити про синдром гіперактивності лише в тому випадку, коли симптоми зберігаються більше ніж 6 місяців. Не можна уникати такої особливості як «порушення уваги», хоча нестійкість, відволікання уваги властиве для всіх

розумово відсталих дітей. Проте, для розумово відсталих дітей з синдромом гіперактивності порушення уваги будуть кількісно та якісно переважати по відношенню до їх розумово відсталих однолітків без зазначеного синдрому.

З метою діагностики синдрому гіперактивності з урахуванням віку обстежуваних дітей (дошкільний вік) та їх інтелектуального рівня розвитку нами було адаптовано критерії DSM-IV та запропоновано їх в такій інтерпретації:

Неуважність:

1. Дитина з зусиллями утримує увагу при виконанні цікавих завдань та під час ігор;
2. Складається враження, що дитина не слухає звернену до неї мову, навіть при цікавій розмові;
3. Дитина не в змозі притримуватись запропонованих інструкцій та завершити виконання уроків, хатньої роботи (що не пов'язано з опозиційною поведінкою та інтелектуальним порушенням);
4. Дитина відчуває труднощі при організації самостійного виконання завдань та інших видів діяльності (навіть при заохоченні, виконанні цікавих завдань);
5. Часто губить речі, потрібні в дошкільному навчальному закладі, під час додаткових занять та вдома (олівці, зошити, книжки, іграшки, робочі інструменти);
6. Проявляється забудькуватість у виконанні повсякденних процедур (процедури особистої гігієни);

Гіперактивність/імпульсивність:

1. Спостерігаються неспокійні рухи в кистях та стопах, крутіння сидячи на стільці тощо;
2. Часто встає зі свого місця під час занять чи в інших ситуаціях, коли потрібно залишатися на місці;
3. Виявляє безцільну рухову активність: бігає, намагається кудись залізти, навіть в ситуаціях, коли це неприпустимо;

4. Часто не може тихо, спокійно грати або займатися чимось на дозвіллі;
5. Відповідає на питання, не вислухавши його до кінця;
6. Важко чекає своєї черги в різноманітних ситуаціях;
7. Заважає іншим, пристає до оточуючих (встрягає в бесіди, ігри);
8. Дитина надмірно балакуча, без адекватної реакції на соціальні обмеження.

Відповідно до описаних та визначених раніше особливостей поведінки розумово відсталих дітей, а також складності діагностування синдрому гіперактивності, констатувальний етап дослідження включав: збір анамнестичних даних; спостереження за дитиною з метою виявлення симптомів синдрому гіперактивності; психодіагностику дітей, у яких спостерігаються прояви гіперактивності, опитування батьків та вихователів.

У психолого-педагогічній літературі з проблеми синдрому гіперактивності описується велика кількість психодіагностичних методик, спрямованих на вивчення даного розладу. Проте, наведені в літературі методи та методики не завжди доцільно використовувати саме для дітей з розумовою відсталістю. Це пов'язано з особливостями розвитку їх когнітивної, поведінкової та особистісної сфер, що спричинено органічним ураження центральної нервової системи.

Для розумово відсталих дітей у процесі діагностики порушень поведінки, зокрема синдрому гіперактивності, найбільш дієвими є метод спостереження, а також проєктивні методи дослідження. У нашому дослідженні метод спостереження визначений одним із провідних, оскільки він дає можливість отримати велику кількість інформації (вербальної, невербальної), дозволяє виявляти прояви синдрому гіперактивності у розумово відсталих дітей в умовах, що є звичними для них. Метод спостереження є також базовим для всіх діагностичних опитувальників для батьків та вихователів.

Біографічний метод застосовувався для збору анамнестичних даних дитини: проводилися бесіди з батьками з питання розвитку дитини від народження та до часу проведення експерименту, зокрема про перебіг пологів, соматичні захворювання, збиралася інформація стосовно протікання вагітності. Ця інформація була важливою для дослідження, оскільки провідними факторами в розвитку синдрому гіперактивності вважається раннє органічне ураження ЦНС у відповідь на патологічні впливи під час вагітності та пологів. Водночас, ряд дослідників вважають, що соціально-психологічні чинники модифікують прояви наслідків ранніх ушкоджень ЦНС і дію генетичних механізмів у формуванні синдрому гіперактивності. Також обов'язковим є вивчення анамнезу батьків, про що свідчить спадковий чинник синдрому гіперактивності.

Відповідно до цих положень в обстежених групах дітей був проведений клініко-анамнестичний аналіз. Дані, отримані в ході збору анамнестичних даних, подані в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

Анамнестичні дані обстежуваних розумово відсталих дітей

Анамнестичні дані	Розумово відсталі дошкільники (кількість/%)
Патологія протікання вагітності	
1. Токсикоз	53/37,1
2. Загроза переривання вагітності	30/20,9
3. Анемія	24/16,8
4. Хронічні соматичні захворювання	23/16,1
5. Гострі інфекційні захворювання	38/26,6
Патологія в період пологів	
1. Передчасні пологи	18/12,6
2. Запізнілі пологи	10/6,9
3. Крупний плід	13/9,1
4. Передчасно відійшли навколоплідні води	15/10,5
5. Стрімкі пологи	36/25,2
6. Слабкість родової діяльності	7/4,9
Патологія періоду новонародженості	
1. Недоношеність	20/13,9
2. Переношеність	14/9,8

Продовж. табл. 2.1

3. Внутрішньоутробна гіпотрофія	7/4,9
4. Асфіксія	36/25,2
5. Родова травма	47/32,9
Наслідки перинатального ураження ЦНС	
1. Синдром гіперзбудливості	46/32,2
2. Гіпертензійний синдром	17/11,9
Сімейна схильність	
1. Батьки та близькі родичі мали в дитинстві прояви синдрому гіперактивності	18/12,6
2. Рідні брат чи сестра з синдромом гіперактивності	3/2,1
Соціально-психологічні фактори	
1. Виховання в неблагополучній сім'ї	44/30,8
2. Часті конфлікти в сім'ї	19/13,3
3. Різні підходи до виховання у батьків, бабусь, дідусів	10/6,9
4. Алкоголізм у батьків	15/10,5

Результати представлені в таблиці 2.1. необхідні для подальшої діагностики і виявлення синдрому гіперактивності у розумово відсталих дошкільників, а також з метою визначення ролі спадкового чинника у розвитку синдрому.

Відповідно до теорії про соціальну зумовленість виникнення синдрому гіперактивності, детально було проаналізовано ступінь благополуччя сімей розумово відсталих дітей (рис. 2.2), адже 30,8 % дітей виховуються в неблагополучних сім'ях (неповна сім'я та соціальне піклування). Ці дані вказують на те, що немає прямого зв'язку між показниками сімейного середовища і діагнозом синдром гіперактивності. Проте, родинне середовище не визначає прояви синдрому гіперактивності, але впливає на рівень порушення і розвитку дитини [262]. У деяких літературних джерелах серед причин виникнення синдрому гіперактивності визначають втрату близьких, розлучення батьків, інфекційні захворювання батьків, що вражають головний мозок. Досить розповсюдженими серед причин гіперактивності є тривожність, репресивність батьків розумово відсталих дітей. Зазначені теорії бралися до уваги під час інтерв'ювання батьків розумово відсталих дітей (табл. 2.2).

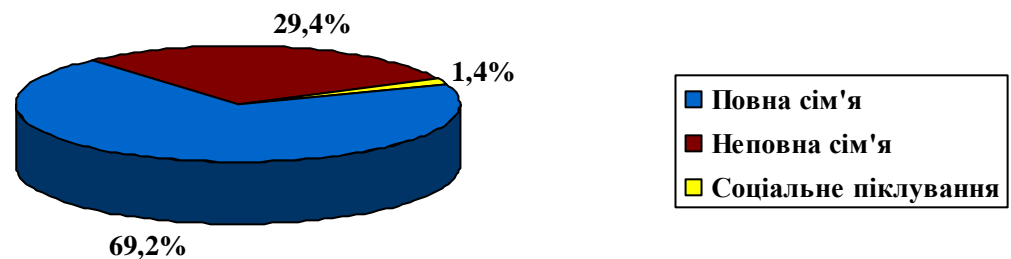


Рис. 2.2. Розподіл сімей, у яких виховуються розумово відсталі діти, за ступенем благополуччя.

Таблиця 2.2

Можливі причини виникнення синдрому гіперактивності у розумово відсталих дітей (кількість/%)

Можливі причини	Розумово відсталі діти
Інфекційні захворювання батьків	5/3,5
Втрата близьких	12/8,4
Розлучення батьків	22/15,4
Тривожність батьків	81/56,6
Депресивність батьків	64/44,8
Гнітюча ситуація вдома	57/39,9

Біографічне інтерв'ю з батьками показало, що більше 53 % розумово відсталих дітей з дитинства відрізнялися високою рухливістю, непосидючістю, змінами настрою, часто отримували тілесні ушкодження (переломи, забиті місця, черепно-мозкові травми).

За результатами проведеного аналізу анамнестичних даних розумово відсталих дітей важко виділити причини виникнення синдрому гіперактивності, адже у анамнезі спостерігалися раннє органічне ураження ЦНС, синдром гіперактивності у батьків, а також негативні соціально-психологічні фактори.

Спостереження проводилося безпосередньо в спеціальному дошкільному навчальному закладі та включало в себе дослідження в декількох сферах діяльності (прогулянка на вулиці, заняття з вихователем,

прийом їжі тощо). Даний метод дозволив отримати додаткові дані для диференціювання дітей з синдромом гіперактивності та без нього, а також для відмежування розумово відсталих дітей з синдромом гіперактивності від розумово відсталих дітей з іншими розладами поведінки. Крім того, зазначений метод дозволяв робити висновки про втому дітей, необхідність відпочинку або зміни виду діяльності. Були зроблені припущення стосовно наявності порушень поведінки у дітей з розумовою відсталістю, що нами досліджувалися.

У процесі визначення синдрому гіперактивності у дітей з легкою розумовою відсталістю обов'язково враховувалися їх рівні розвитку уваги та моторики. Якщо дослідження уваги здійснювалося за допомогою спеціальних психодіагностичних методик, то прояви моторної сфери фіксувалися за допомогою цілеспрямованого спостереження. За дослідженнями вчених рухи розумово відсталих дошкільнят відрізняються незграбністю, поганою координацією, надмірною повільністю або, навпаки, імпульсивністю [190]. Але цим дітям, які мають синдром гіперактивності ще притаманний тремор в кінцівках, підвищений м'язовий тонус тощо.

У ході спостереження за розумово відсталими дітьми було виділено групу дітей з проявами гіперактивності, імпульсивності, неуважності. По відношенню до них було зроблено припущення про наявність синдрому гіперактивності. Інша частина дітей не виявляла ознак гіперактивності, імпульсивності, тому було зроблено припущення про відсутність у них синдрому гіперактивності. З метою підтвердження або спростування наших припущень, було вирішено провести опитування батьків, вихователів за допомогою шкал DSM-IV, Т. Ахенбаха, Вандербільт та психодіагностику усіх дітей.

Опитування проводилося стосовно 143 розумово відсталих дітей. Метою було виявлення з даної кількості дітей саме дітей, у яких може бути синдром гіперактивності. Було опитано 149 батьків цих дітей (у 69,2 % дітей – сім'я повна, у 29,4 % – сім'я неповна, 1,4 % – соціальне піклування), а

також вихователів та психологів спеціальних дошкільних навчальних закладів та центру надання психологічної допомоги (23 вихователя та їх помічників, 6 психологів).

Для дослідження суб'єктивних проявів синдрому гіперактивності були використані *опитування батьків та вихователів, що базувалися на критеріях DSM-IV*. На цьому етапі дослідження ми хотіли визначити як вписується клінічний стан дитини в одну з рубрик DSM. Дані про поведінку розумово відсталих дітей стали основою їх порівняння з переліком критеріїв DSM-IV по відношенню до синдрому гіперактивності.

Згідно даних, отриманих за допомогою збору анамнестичних даних та інтерв'ю, деякі симптоми неуважності, гіперактивності, імпульсивності спостерігаються у розумово відсталих дітей більше ніж 6 місяців в такій мірі, що вказує на дезадаптацію дитини та несумісні з рівнем розвитку розумово відсталої дитини дошкільного віку. Інформація була отримана від батьків та вихователів спеціальних дошкільних навчальних закладів.

Було також проведено дослідження з використанням напівструктурованого клінічного інтерв'ю з батьками розумово відсталих дітей та вихователями спеціальних ДНЗ на відповідність симптомів синдрому гіперактивності критеріям DSM-IV. Для психолога є необхідною інформація про стан дитини в різних життєвих ситуація, адже це один з провідних критеріїв постановки діагнозу синдрому гіперактивності. Опитування охоплювало обох батьків, за можливості інших близьких родичів, а також працівників дитячого садочка. Інформація про результати клінічного інтерв'ю, отримані від батьків, відповідно до DSM-IV, представлена в таблиці 2.3.

Таблиця 2.3

Результати клінічного інтерв'ю з батьками розумово відсталих дітей на основі критеріїв DSM-IV (%/кількість)

Критерії діагностики	Частота у розумово відсталих дітей
----------------------	------------------------------------

Продовж. табл. 2.3

дитина з зусиллями утримує увагу при виконанні цікавих завдань та під час ігор	56,6/81
складається враження, що дитина не слухає звернену до неї мову, навіть при цікавій розмові	59,4/85
дитина не в змозі притримуватись запропонованих інструкцій та завершити виконання уроків, хатньої роботи	49,7/71
дитина відчуває труднощі при організації самостійного виконання завдань та інших видів діяльності	68,5/98
часто губить речі, потрібні в дошкільному навчальному закладі, під час додаткових занять та вдома	51,1/73
проявляється забудькуватість у виконанні повсякденних процедур	51,7/74
спостерігаються неспокійні рухи в кистях та стопах, крутіння сидючи на стільці	44,8/64
часто встає зі свого місця під час занять чи в інших ситуаціях, коли потрібно залишатися на місці	46,9/67
виявляє безцільну рухову активність: бігає, намагається кудись залізти, навіть в ситуаціях, коли це неприпустимо	42,7/61
часто не може тихо, спокійно грати або займатися чимось на дозвіллі	39,2/56
відповідає на питання, не вислухавши його до кінця	30,8/44
важко чекає своєї черги в різноманітних ситуаціях	41,3/59
заважає іншим, пристає до оточуючих	28,7/41
дитина надмірно балакуча, без адекватної реакції на соціальні обмеження	49,7/71

Надзвичайно важливими для виявлення синдрому гіперактивності у розумово відсталих дітей дошкільного віку є результат опитувальників, отримані від вихователів спеціальних дошкільних навчальних закладів. Адже більшість свого часу дитина перебуває саме під наглядом вихователів на заняттях, прогулянках, під час прийому їжі тощо. Тому саме вихователь може адекватно оцінити поведінкові та емоційні прояви дитини. Результати

клінічного інтерв'ю, отримані після опитування вихователів, відповідно до DSM-IV, представлені в таблиці 2.4.

Таблиця 2.4

Результати клінічного інтерв'ю з вихователями розумово відсталих дітей на основі критеріїв DSM-IV (%/кількість)

Критерії діагностики	Частота у розумово відсталих дітей
дитина з зусиллями утримує увагу при виконанні цікавих завдань та під час ігор	54,5/78
складається враження, що дитина не слухає звернену до неї мову, навіть при цікавій розмові	56,6/81
дитина не в змозі притримуватись запропонованих інструкцій та завершити виконання уроків, хатньої роботи	46,2/66
дитина відчуває труднощі при організації самостійного виконання завдань та інших видів діяльності	63,6/91
часто губить речі, потрібні в дошкільному навчальному закладі, під час додаткових занять та вдома	53,8/77
проявляється забудькуватість у виконанні повсякденних процедур	46,2/66
спостерігаються неспокійні рухи в кистях та стопах, крутіння сидячи на стільці	46,9/67
часто встає зі свого місця під час занять чи в інших ситуаціях, коли потрібно залишатися на місці	51,7/74
виявляє безцільну рухову активність: бігає, намагається кудись залізти, навіть в ситуаціях, коли це неприпустимо	44,1/63
часто не може тихо, спокійно грати або займатися чимось на дозвіллі	40,6/58
відповідає на питання, не вислухавши його до кінця	33,6/48
важко чекає своєї черги в різноманітних ситуаціях	42,7/61
заважає іншим, пристає до оточуючих	29,4/42
дитина надмірно балакуча, без адекватної реакції на соціальні обмеження	51,7/73

Як видно з таблиць 2.3. та 2.4. частота симптомів синдрому гіперактивності має широкий діапазон показників (від 28,7 % до 68,5 % – за відповідями батьків та від 29,4% до 63,6 – за відповідями вихователів). Це може вказувати на спірне питання у виявленні даного порушення. Тому необхідне подальше обстеження дітей, в тому числі й за допомогою психодіагностичних методик. Критерії, що характеризують порушення уваги, різняться від 49,7 % до 68,5 % (за результатами опитування батьків) та від 46,2 % до 63,6 % (за результатами опитування вихователів). Ці показники є досить високими, оскільки порушення уваги значною мірою характерне для всіх розумово відсталих дітей. Показники імпульсивності та гіперактивності значно нижчі від показників неухважності й сягають від 28,7 % до 49,7 % (за опитуванням батьків) та від 29,4 % до 51,7 % (за опитуванням вихователів). Ця особливість не вказує на відсутність гіперактивності, не спростовує припущення стосовно даного порушення у розумово відсталих дітей, а лише підтверджує теорії стосовно типів синдрому, які визначаються за провідними симптомами. Оскільки розлади уваги властиві всім розумово відсталим дітям і є одними з провідних порушень в структурі первинного дефекту, це й виступає на перший план при використанні діагностичних критеріїв DSM-IV для виявлення синдрому гіперактивності.

Окрім провідних симптомокомплексів ми можемо виділяти супутні порушення, що зустрічаються у розумово відсталих дітей, які були залучені до дослідження відповідно до DSM-IV. Можна сказати, що проявляються деякі симптоми опозиційного розладу, розлади у навчанні та поведінці. Ці симптоми часто зустрічаються серед розумово відсталих дошкільників.

Звичайно, оцінка синдрому гіперактивності згідно критеріїв DSM-IV є об'єктивною, але для достовірного діагнозу та клінічної оцінки результатів потрібно психологічне тестування, на основі якого вимірюються психологічні чинники та психологічні особливості, що виникають під їх впливом.

Досить цінними в оцінці синдрому гіперактивності є шкали Т. Ахенбаха. Для дослідження особливостей поведінки, що відхиляється від прийнятої соціальної норми, ефективним представляється метод експертних оцінок. В якості експертів можуть виступати батьки, вихователі спеціальних дошкільних навчальних закладів, педагоги, психологи, лікарі, інші дорослі, безпосередньо включені в соціальну взаємодію з дітьми. В основі методу лежить спостереження за нерегламентованою поведінкою дітей. Припускається, що достатній досвід взаємодії з ними дозволить експерту досить об'єктивно класифікувати та оцінити окремі прояви поведінки. Одним з варіантів конкретних методик вивчення експертних оцінок може бути опитувальник Ахенбаха. Даний опитувальник дозволяє виявити особливості поведінки дітей по 2 шкалам: первинні та похідні. Первинна шкала включає в себе такі блоки: замкнутість; соматичні проблеми; тривожність; порушення соціалізації; глибина порушень мислення; проблеми з увагою та гіперактивність; делінквентна поведінка; агресія. Похідна шкала має в своїй структурі показник внутрішніх проблем та показник зовнішніх проблем. Також в кінці обробки даних по всім шкалам опитувальника підраховується загальний показник проблем.

Опитувальник Т. Ахенбаха є напівструктурованою анкетною, оскільки має в собі як чітко сформульовані питання, які необхідно оцінити за шкалою, а також питання, на які респондент має дати детальну, розширену відповідь.

У дослідженні було модифіковано опитувальник Т. Ахенбаха відповідно до структури дефекту та віку дітей. Наш варіант опитувальника складається з 92 запитань (Додаток Б.1.). Загальний показник проблем визначається сумою балів по всім запитанням. Список тверджень, що описують поведінку дитини, необхідно оцінити за двобальною шкалою. Якщо даний пункт відповідає типовій поведінці даної дитини, необхідно зазначити у графі відповідей цифру 2. Якщо даний пункт притаманний поведінковим реакціям дитини тільки деякою мірою або іноді, зазначається

цифра 1. І, нарешті, якщо дане твердження взагалі не описує поведінку дитини зазначається цифра 0.

Відзначимо, що Т. Ахенбаха представив свій підхід як емпірично обґрунтований, що сформувався шляхом аналізу великої кількості тверджень про внутрішні (психологічні) та зовнішні симптоми поведінкових і емоційних проблем у дітей [269; 226].

У додатку Б.1. представлені оцінювані синдроми та одиниці оцінки, що відповідають кожному, виявленому даним способом, фактору. Проведене дослідження не має на меті визначити ефективність діагностичних шкал для всіх психопатологічних синдромів, але на основі даного опитувальника можна зробити спробу проаналізувати та порівняти деякі синдроми для їх диференційної діагностики від синдрому гіперактивності.

Таблиця 2.5

Кількісні дані проявів коморбідних розладів у розумово відсталих дітей згідно з опитувальником Т.Ахенбаха (%/кількість)

Показники первинної шкали	Результати за відповідями батьків	Результати за відповідями вихователів
Замкнутість	13,3/19	16,1/23
Соматичні проблеми	52,4/75	49,7/71
Тривожність	25,2/36	27,3/39
Порушення соціалізації	45,5/65	50,3/72
Глибина порушення мислення	65,7/94	62,2/89
Проблеми з увагою та гіперактивність/імпульсивність	70,6/101	66,4/95
Делінквентна поведінка	40,6/58	37,8/54
Агресія	35,7/51	29,4/42

Отримані значення для суб'єктів дослідження вказують на такі розлади, що можуть бути притаманні розумово відсталим дітям та утворювати вторинні, третинні дефекти тощо. Деякі з порушень взагалі є типовими для даної патології й зустрічаються досить часто, що було доведено раніше

психолого-педагогічними, медичними дослідженнями вітчизняних та зарубіжних вчених.

Важливо відзначити, що шкали Т. Ахенбаха встановлюють не тільки синдром гіперактивності, але можуть вказувати на симптоми інших захворювань, які є коморбідними до синдрому гіперактивності. Аналіз результатів показує, що є необхідність більш детального вивчення питання подібних до синдрому гіперактивності порушень. На основі отриманих середніх значень можна сказати, що найчастіше спільними з розумовою відсталістю симптомами є такі порушення, як делінквентна поведінка (за результатами батьків – 40,6 %, за результатами вихователів – 37,8 %), агресія (за результатами батьків – 35,7 %, за результатами вихователів – 29,4 %), порушення соціалізації (за результатами батьків – 45,5 %, за результатами вихователів – 50,3 %) тощо, оскільки зазвичай порушення соціалізації, мислення, соматичні захворювання є супутніми розладами при розумовій відсталості, що можна побачити з таблиці 2.5.

Обираючи опитувальник Т. Ахенбаха, ми прагнули використати моделі оцінки синдрому гіперактивності, які визнані та використовуються в світі для того, щоб обґрунтувати їх можливість застосування батьками, вихователями, вчителями для допомоги у виявленні синдрому гіперактивності серед розумово відсталих дітей.

Ґрунтуючись на результатах дослідження, ми можемо сказати, що даний опитувальник може бути використаний для оцінки синдрому гіперактивності. Отримані в подібних дослідженнях психометричні показники за шкалою Ахенбаха відповідають результатам, отриманим в інших культурах. Шкала Ахенбаха може бути використана в процесах оцінки та діагностики синдрому гіперактивності, доповнюючи інші методи оцінки. Ці шкали особливо необхідні для контролю ефективності корекції (психологічної або медикаментозної). Ми вважаємо, що шкала Ахенбаха є важливим інструментом оцінки та постановки діагнозу синдром

гіперактивності, але не може бути єдиною в методах діагностики синдрому гіперактивності.

Парадигма комплексної оцінки пропонує й інші широко використовувані в психології інструменти діагностики синдрому гіперактивності. Таким інструментом є психометричні шкали стандартизованого діагностичного опитувальника Вандербільт (Додаток Б.2., Додаток Б.3.).

На початковому етапі нашої роботи діагностичний опитувальник Вандербільт був модифікований як у варіанті для батьків, так і для вчителів. Опитувальник для батьків включає 38 тверджень (Додаток Б.2.), для вчителів – 36 (Додаток Б.3.). Важливо розуміти, що при особистому огляді в кабінеті фахівця дитина з синдромом гіперактивності часто поводить себе не так, як завжди: або спокійніше (якщо зацікавлена новою обстановкою або цікавою іграшкою), або більш активно (якщо втомилася). Тому для постановки об'єктивного діагнозу у випадках синдрому гіперактивності особливо актуальним стає використання діагностичних опитувальників, що заповнюються батьками та педагогами, вихователями.

Діагностичний опитувальник Вандербільт має повну версію для заповнення вихователем і повну версію для заповнення батьками. Опитувальник містить оціночні шкали: дефіцит уваги; гіперактивність; імпульсивність; опозиційна поведінка; тривожно-депресивна симптоматика.

Оціночні критерії дефіциту уваги, гіперактивності, імпульсивності відповідають критеріям стандарту DSM-IV та доповнені психометричною шкалою.

Оцінка проводиться за категоріями: «ніколи», «іноді», «часто», «дуже часто», яким у кількісному вираженні відповідають бали «0», «1», «2», «3». Підраховується сумарний бал за шкалою оцінки дефіциту уваги, опозиційна поведінка, тривожно-депресивна симптоматика. Бали за оцінними шкалами гіперактивності та імпульсивності підсумовуються разом і утворюють один показник.

Шкала соціальної адаптації оцінюється за категоріями: «відмінно», «добре», «задовільно», «інколи труднощі», «великі труднощі», яким в кількісному вираженні відповідають бали «0», «1», «2», «3», «4». Підраховується сумарний бал.

В оцінці ступеня тяжкості синдрому гіперактивності перевагу слід віддавати опитувальникам, заповненим вихователями.

Оціночні шкали Вандербільт, як і шкала Ахенбаха, містять лист відповідей для батьків і лист відповідей для вихователів з додатком оцінки поведінки дитини, що відповідає критеріям DSM-IV відносно синдрому гіперактивності, а також лист дослідження симптомів настрою й тривоги, успішності і стосунків у сім'ї, дитячому садочку та суспільстві загалом.

Згідно зібраним даним опитувальник Вандербільт робить важливий внесок у збір даних про симптоми синдрому гіперактивності. Методика є науковою основою для визначення домінуючих підтипів синдрому гіперактивності та для розмежування цього синдрому від інших психофізіологічних розладів.

Запропонований опитувальник демонструє високий діагностичний потенціал у виявленні синдрому гіперактивності серед розумово відсталих дітей дошкільного віку, а також допомагає визначити інші порушення афективної та поведінкової сфер. У таблиці 2.6. представлені результати, отримані на основі стандартизованого діагностичного опитувальника Вандербільт, щодо визначення симптомів, характерних для синдрому або пов'язаних з ним інших порушень, що був запропонований батькам розумово відсталих дошкільників.

Як видно з таблиці 2.6, частота симптомів синдрому гіперактивності досить висока по кожному з домінуючих проявів. Це може бути пов'язано з суб'єктивним поглядом батьків на поведінку їх дитини. Адже в знайомій ситуації, в оточенні рідних дитина може поводити себе неприродно, проявляти або підвищену активність, або навпаки.

Симптоматичні значення показників за шкалами імпульсивності, гіперактивності, неуважності згідно з результатами опитування батьків

Домінуючий підтип синдрому гіперактивності	Симптоматичні значення (%/кількість)
Показники неуважності	
Нездатна уважно стежити за деталями, робить безглузді помилки в завданнях	69,2/99
Має труднощі у виконанні завдань або ігровій діяльності, які вимагають зосередженої уваги	45,5/65
Не слухає коли до неї звертаються	55,9/80
Не закінчує розпочатого заняття (ненавмисно)	62,2/89
Незібрана, неорганізована	67,1/96
Уникає, не любить або не хоче погоджуватися на виконання завдання, які вимагають підвищеної уваги та розумової напруги	64,3/92
Плутає розклад, втрачає речі, необхідні для виконання завдань або будь-якої діяльності (іграшки, книги, олівці тощо)	46,2/66
Легко відволікається на все, що відбувається навколо	72,7/104
Забуває виконувати щоденні процедури (почистити зуби і т.п.)	37,1/53
Показники гіперактивності	
Неспокійно рухає руками або ногами, совається на місці	65,7/94
Покидає своє місце в групі або в іншому місці, не може всидіти	49,7/71
Починає бігати і дертися кудись, коли це недоречно	63,6/91
Не може тихо грати, неадекватно галаслива	65,7/94
Діє як «заведена», начебто до неї прироблений «двигунчик»	46,9/67
Показники імпульсивності	
Надмірно балакуча, не звертає увагу на соціальні обмеження	49,7/71
Дає відповіді до того, як завершені питання	44,8/64
Не здатна стояти в чергах, чекати своєї черги	67,8/97
Перебиває інших або втручається в розмови або заняття інших	60,1/86

Тому більш вірогідними вважаються оцінки поведінки дитини, що отримані в ході проведення цього ж опитування серед вихователів. Результати представлені в таблиці 2.7.

Таблиця 2.7

Симптоматичні значення показників за шкалами імпульсивності, гіперактивності, неуважності згідно з результатами опитування вихователів

Домінуючий підтип синдрому гіперактивності	Симптоматичні значення (%/кількість)
Показники неуважності	
Нездатна уважно стежити за деталями, робить безглузді помилки в завданнях	64,3/92
Має труднощі у виконанні завдань або ігровій діяльності, які вимагають зосередженої уваги	52,4/75
Не слухає, коли до неї звертаються	44,8/64
Не закінчує розпочатого заняття (ненавмисно)	58,7/84
Незібрана, неорганізована	61,5/88
Уникає, не любить або не хоче погоджуватися на виконання завдання, які вимагають підвищеної уваги та розумової напруги	65/93
Плутає розклад, втрачає речі, необхідні для виконання завдань або будь-якої діяльності (іграшки, книги, олівці тощо)	42,7/61
Легко відволікається на все, що відбувається навколо	75,5/108
Забуває виконувати щоденні процедури (почистити зуби і т.п.)	30,1/43
Показники гіперактивності	
Неспокійно рухає руками або ногами, совається на місці	56,6/81
Покидає своє місце в групі або в іншому місці, не може всидіти	57,3/82
Починає бігати і дертися кудись, коли це недоречно	51,7/74
Не може тихо грати, неадекватно галаслива	47,6/68
Діє як «заведена», начебто до неї прироблений «двигунчик»	41,1/63
Показники імпульсивності	

Продовж. табл. 2.7

Надмірно балакуча, не звертає увагу на соціальні обмеження	53,1/76
Дає відповіді до того, як завершені питання	36,4/52
Не здатна стояти в чергах, чекати своєї черги	64,3/92
Перебиває інших або втручається в розмови або заняття інших	50,3/72

Значний інтерес являє диференційна діагностика синдрому гіперактивності з іншими межовими станами. За допомогою застосування шкали Вандербільт в нашому дослідженні можна визначити синдром гіперактивності, а також співвіднести його з тривожністю, опозиційними реакціями (табл. 2.8).

Таблиця 2.8

Симптоматичні значення інших розладів, що наявні у розумово відсталих дітей згідно шкали Вандербільт (за результатами опитування батьків та вихователів) (%/кількість)

Симптоми розладів	Симптоматичні значення	
	Результати опитування батьків	Результати опитування вихователів
Опозиційні реакції		
Вступає в конфлікти з дорослими	32,2/46	24,5/35
Втрачає самоконтроль, схильна до емоційних спалахів	44,8/64	37,1/53
Не слухається, відмовляється підкорятися встановленим правилам дорослих	22,4/32	19,6/28
Чинить наперекір іншим	18,2/26	14,7/21
Звинувачує інших у своїх помилках і поведінкових проблемах	13,3/19	11,2/16
Прагне домогтися свого, легко «виходить із себе»	44,1/63	35,7/51
Зла і дратівлива	27,3/39	23,8/34
Тривожність		
Трепетна, боязка, тривожна	29,4/42	30,8/44
Боїться пробувати робити щось нове через страх, що не вийде або зробить помилку	28,7/41	20,3/29

Продовж. табл. 2.8

Недооцінює себе, відчуває себе гіршою за інших	25,2/36	23,1/33
Звинувачує себе, почувається винною	17,5/25	15,4/22
Відчуває себе непотрібною, скаржиться «ніхто не любить мене»	42,7/61	36,4/52
Сумна, нещасна або пригнічена	34,3/49	31,5/45
Невпевнена і занадто сумнівається	35,7/51	38,5/55

Отримані в дослідженні дані дозволяють зробити висновок, що розумово відсталі діти з синдромом гіперактивності не мають таких яскраво виражених симптомів, як опозиційні розлади або тривожність. Більшість симптомів таких порушень мають значення від 11,2 % до 38,5 % (за результатами опитування вихователів) та від 13,3 % до 44,8 % (за результатами опитування батьків), значення значно нижчі, ніж показники для діагностики цих розладів. Наявність цих додаткових симптомів в умовах синдрому гіперактивності дозволяють визначити зміст стратегії корекційної допомоги, яка включала б спеціальну роботу по зниженню тривожності, покращенню поведінки, зниженню опозиційних проявів поведінки і т.д.

Серед причин виникнення синдрому гіперактивності, окрім наслідків ураження центральної нервової системи та патології протікання вагітності, називають і соціально-психологічні фактори. На думку Г. Суислової існують такі психологічні та соціальні фактори, що впливають на виникнення синдрому гіперактивності: невідповідність батьків до сімейного життя, напруга в сім'ї, часті конфлікти, упередженість, нетерпимість по відношенню до дітей. Фактором, який може підсилити несприятливий ефект негативних стосунків в сім'ї може бути: низький матеріальний рівень життя, обмежені, скрутні умови проживання, зловживання алкоголем членів родини, застосування фізичних методів виховання [196].

Виховання в неповній сім'ї, сімейні конфлікти, що часто виникають у родині, різні підходи до виховання з боку батьків та найближчих родичів, алкоголізм батьків можуть підсилити гостроту проявів синдрому гіперактивності у дітей, які мають генетичну схильність до цього розладу.

Досить часто батьки проявляють нестриманість у вихованні такої дитини, оскільки самі мають синдром гіперактивності, що, в свою чергу, і призводить до порушення взаємодії з дитиною [62].

Враховуючи дані особливості внутрішньосімейного клімату можна сказати про провідну роль батьків у дослідженні та корекції синдрому гіперактивності в розумово відсталих дітей. Тому для виявлення синдрому гіперактивності, окрім використання діагностичних опитувальників на основі DSM-IV, Вандербільт та Т. Ахенбаха, важливим є застосування методик, спрямованих на вивчення внутрішньосімейних відносин.

Батькам розумово відсталих дітей, які брали участь у дослідженні, був запропонований *опитувальник батьківського ставлення А. Варги, В. Століна*, спрямований на дослідження внутрішньосімейних відносин (Додаток Б.4.). Тест-опитувальник являє собою методику для діагностики батьківського ставлення у матерів, батьків, опікунів тощо, які звертаються за психологічною допомогою з питань виховання дітей та спілкування з ними.

Батьківське ставлення трактується як система різноманітних почуттів по відношенню до дитини, поведінкових стереотипів, що практикуються в спілкуванні з нею, особливостей розуміння характеру й особистості дитини, її вчинків. З психологічної точки зору батьківське ставлення - це педагогічна соціальна установка по відношенню до дітей, що включає в себе раціональний, емоційний і поведінковий компоненти. Всі вони тією чи іншою мірою оцінюються за допомогою опитувальника, що становить основу даної методики.

Результати опитувальника виражаються в п'яти шкалах: «прийняття-відхилення», «кооперація», «симбіоз», «авторитарна гіперсоціалізація», «маленький невдаха».

Тест-опитувальник складається з 61 запитання, на які потрібно відповідати згодою або незгодою. Методика орієнтована на батьків дітей 3-10 років.

Виявлення синдрому гіперактивності у розумово відсталих дітей дуже складний процес. Говорити про дане порушення можна лише маючи достовірні результати психодіагностичних методик. Синдром гіперактивності має схожу симптоматичну картину з такими порушеннями, як тривожні розлади, розлади настрою, розлади спектру аутизму, розлади адаптації, гостра стресова реакція, посттравматичний стресовий розлад, соматичні захворювання (деякі ендокринні та шкірні розлади тощо), а також з такими ситуативними проблемами, як конфліктні та стресові ситуації з однолітками та в сім'ї. Поведінкові та емоційні прояви можуть вказувати не лише на синдром гіперактивності, а бути ознаками захисної реакції або наслідком неправильного стилю сімейного виховання. Тому, на нашу думку, важливим компонентом психодіагностики розумово відсталих дошкільників є робота з їх батьками. Саме з цією метою було застосовано тест-опитувальник батьківського ставлення А. Варги, В. Століна.

За даними результатів бесід з батьками, що відбувалися на початковому етапі дослідження, було встановлено, що 30,8 % дітей виховуються в неблагополучній родині, в родинях 13,3 % дітей спостерігаються часті сварки та конфлікти, у родичів 6,9 % дітей різні підходи до виховання розумово відсталої дитини, у 10,5 % дітей батьки зловживають спиртними напоями (таблиця 2.1). Всі ці особливості психо-соціального розвитку можуть слугувати пусковим механізмом для розвитку синдрому гіперактивності або підсилювати вже наявні симптоми.

Однією з найважливіших сфер дослідження є ситуація в сім'ї. Адже рівень стресу батьків, їх особистісні якості, присутні порушення психічного розвитку, якість стосунків між самими батьками, наявність інших дітей в родині можуть впливати на внутрішньосімейні стосунки. Тому надзвичайно інформативним буде вивчення взаємин між батьками та дітьми відповідно до всіх шкал методики [173].

В шкалі «прийняття-відхилення» позитивне ставлення батьків до своєї дитини, прийняття її з усіма недоліками та перевагами, повага до особистості

дитини, визнання її індивідуальних особливостей, інтересів, здібностей характеризується «прийняттям» з кількісним показником від 0 до 8 балів. Негативне ставлення батьків до своєї дитини, переживання по відношенню до дитини таких почуттів, як злість, роздратованість, неприйняття досягнень та захоплень дитини вказує на «відхилення» з кількісним показником у балів 24-33 [78].

Найвищі результати за шкалою «кооперація» (6-7 балів) можуть отримати батьки, які щиро зацікавлені в можливостях та успіхах своєї дитини, заохочують та підтримують її починання, вияв самостійності в продуктивних видах діяльності, намагаються більше часу проводити з дитиною. Низькі бали даної шкали (1-2 бали) говорять про те, що дорослий по відношенню до дитини поводить протилежним чином, уникає контактів, утримує дистанцію у спілкуванні та стосунках з дитиною. У вихованні такі батьки поведуть себе відсторонено, не проявляють піклування за такою дитиною.

Батьки, які не прагнуть встановлювати психологічну дистанцію у стосунках з дитиною, завжди прийдуть на допомогу, не відмовлять дитині в виконанні її розумних бажань та потреб, зазвичай в методиці А. Варги, В. Століна за шкалою «симбіоз» отримують високі бали – 6-7. Низькі бали за шкалою «симбіоз» (1-2 бали) є ознакою того, що дорослий, навпаки, встановлює значну психологічну дистанцію між собою і дитиною, не приділяє їй значної уваги, не проявляє батьківської підтримки та турботи.

Наявність високих результатів за шкалою «авторитарна гіперсоціалізація» (6-7 балів) вказує на авторитарний стиль сімейного виховання. Батьки, які отримують такі показники, зазвичай, вимагають від дитини неухильної покори, дотримання суворих правил поведінки. Такі батьки намагаються повністю обмежувати будь-які волевиявлення дитини. 1-2 бали вказують на ліберальний стиль стосовно виховання дитини. Такі батьки майже не контролюють свою дитину, вона, зазвичай, діє на власний розсуд, за будь-які провинності (значні та незначні) не слідує покарання. Ці

різномодальні показники не є припустимими у вихованні дитини, особливо з порушеннями в розвитку, та не повинні застосовуватися батьками. Найбільш оптимальним показником за шкалою «авторитарна гіперсоціалізація» вважається середній показник в 3-5 балів, що вказує на демократичний стиль сімейного виховання.

Згідно шкали «маленький невдаха», результати від 6 до 7 балів вказують на те, що батьки не сприймають починання, захоплення та інтереси своєї дитини серйозно. Вони ігнорують будь-які її думки та почуття. Батьки не вбачають в своїй дитині індивідуальність, яка здатна досягти успіхів, а продуктивний результат є лише продуктом випадкових обставин. Низькі результати в даній шкалі (1-2 бали) мають протилежну характеристику, вони свідчать про те, що батьки завжди притримують дитину в її діяльності, вірять в неї тощо.

За результатами проведення тесту-опитувальника батьківського ставлення А. Варги, В. Століна були визначені як позитивні, так і негативні особливості встановлення міжособистісних контактів між батьками та їх розумово відсталими дітьми. У батьків розумово відсталих дітей дошкільного віку недостатньо розвинута «кооперація», даний образ сімейної взаємодії обирають лише 5,6 % сімей (рис. 2.3). Досить часто батьки переживають стрес, коли у них народжується розумово відстала дитина, вони розчаровуються, відчувають свою безпомічність. Ці переживання в подальшому відбиваються на стилі сімейного виховання, що й призводить до низької кооперації з дитиною.

За шкалою «прийняття-відхилення» спостерігається недостатнє прийняття та розуміння батьками своєї дитини. Такий соціально бажаний образ батьківського ставлення як «відхилення» обирає 16,1 % опитаних (рис. 2.3). Дана шкала підтверджує складні емоційні переживання батьків стосовно навчання та виховання розумово відсталих дітей. В більшій мірі тенденцію до відхилення обирає саме батько. Навіть якщо він залишається в родині, то не проявляє піклування та турботи про дитину.

Для батьків розумово відсталих дітей характерним є авторитарний стиль сімейного виховання, на що вказують високі показники за шкалою «авторитарна гіперсоціалізація». Вони становлять 21,7 % від усіх опитаних (рис. 2.3). Родини, які ставлять акцент саме на керівну, авторитарну позицію, відмічають труднощі в вихованні розумово відсталих дітей з негативними поведінковими проявами. Такі батьки відмічають, що їх діти характеризуються агресивністю, імпульсивністю, гіперактивністю, істеричними схильностями, тому вони обирають більшою мірою покарання для того, щоб врегулювати негативні прояви своїх дітей.

У 23,8 % сімей переважає тенденція до інфантилізації та інвалідизації дитини, про це свідчать високі показники за шкалою «маленький невдаха» (Рис. 2.3). Ці батьки приписують свої дитині неспроможність в особистісному та соціальному розвитку. Результати шкали «маленький невдаха» можна обґрунтувати станом здоров'я розумово відсталих дітей, а також взяти до уваги їх психічний розвиток. Зазвичай батьки намагаються застерегти дитину від будь-яких впливів з боку навколишнього світу. Таким чином вони повністю обмежують дитину в її активній соціалізації, вважають її безпомічною та нездатною до досягнення певних результатів.

З усієї вибірки респондентів переважає тенденція до симбіотичних відносин з дитиною. 32,8 % батьків відчувають себе з дитиною єдиним цілим (рис. 2.3). Вони прагнуть задовольнити всі потреби дитини, захистити її від труднощів та неприємностей життя. Батьки постійно відчувають тривогу за дитину, дитина їм здається маленькою та беззахисною. Тривога батька підвищується, коли дитина починає прагнути до автономії та самостійності. Така ситуація починає розвиватися зі вступом дитини до дошкільного навчального закладу, а підсилюється, коли дитина йде до школи. Адже такі батьки з власної волі не нададуть дитині бажаної самостійності.

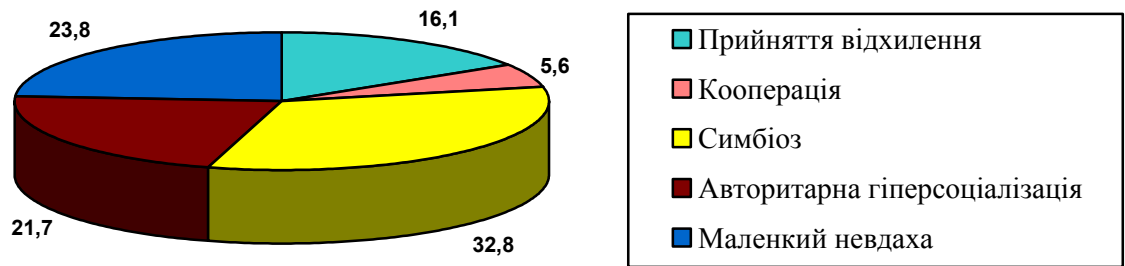


Рис. 2.3. Результати загальної вибірки батьків залежно від типу батьківського ставлення (згідно з методикою А. Варги, В. Століна), у %.

У сім'ях, які виховують розумово відсталу дитину, зокрема з порушеннями емоційної та поведінкової сфер, спостерігається підвищене психологічне навантаження. Імпульсивність, гіперактивність, труднощі в організації своєї діяльності, знижений самоконтроль, лабільність емоцій, порушення мовлення дитини негативно впливають на мікроклімат у сім'ї. Таким чином погіршуються стосунки не лише між батьками та дитиною, а й між самими батьками, що призводить до міжособистісних конфліктів та загрози розлучення.

Характерними особливостями сімей, які виховують розумово відсталу дитину: низький рівень відкритості та вираження почуттів, конфліктність, зниження заохочення до незалежності членів родини. Порушення в процесі виховання такої дитини проявляється в ігноруванні бажань та потреб дитини, надмірності вимог та заборон, покарань за порушення, в деяких випадках у жорстокому ставленні та емоційній ізоляції. Такі батьки характеризуються імпульсивністю, інертністю, тривожністю, недовірливістю, деструктивною поведінкою в сімейних взаємостосунках.

Зазвичай така дитина не відповідає очікуванням батьків, їм важко прийняти її такою яка вона є. На початкових етапах розвитку симптоматику синдрому гіперактивності батьки розумово відсталої дитини сприймають як поганий характер, лінь, впертість, з чим намагаються боротися заборонами та покараннями.

Батьки, які виховують розумово відсталу дитину з синдромом гіперактивності, відчувають труднощі в збереженні гармонійних подружніх відносин. Основне навантаження у вихованні гіперактивної дитини лягає на матір. Вона перебуває в постійній стресовій ситуації, оскільки постійно має врегульовувати конфлікти між гіперактивною дитиною та рідними, друзями, педагогами, вихователями тощо. Такі матері відчувають підвищене психологічне навантаження, незадоволеність своєю роллю матері та дружини й обов'язками та діями чоловіка.

Таким чином, соціально психологічні фактори, зокрема сімейні, виступають однією з причин виникнення синдрому гіперактивності, а з іншого боку саме клінічні прояви даного розладу можуть призвести до розвитку проблем у внутрішньосімейних стосунках.

Серед усієї вибірки розумово відсталих дітей дошкільного віку (143 дитини), на попередньому етапі дослідження, застосувавши лише спостереження та клініко-анамнестический аналіз, було виділено 106 дітей (74,1 %), які мали яскраві прояви в емоційній та поведінковій сферах. Цій групі дітей ми висунули підозру у наявності синдрому гіперактивності.

У процесі проведення психодіагностики у цих дітей спостерігався підвищений фон настрою. Деяким дітям був характерний прояв афективної в'язкості емоційних реакцій у поєднанні зі схильністю до застрягання, насамперед, на негативних переживаннях. Основною особливістю емоційного реагування була емоційна збудливість високого рівня інтенсивності.

Спираючись на критерії постановки діагнозу «синдром гіперактивності», що були нами адаптовані та розроблені відповідно до особливостей розумово відсталих дітей дошкільного віку, а також результати опитування батьків, вихователів, психологів можна констатувати наступне:

1. 25,9 % (37) дітей з самого початку не мали проявів гіперактивності, імпульсивності та інших емоційних та поведінкових порушень, проте для підтвердження чи спростування наших здогадок, проводилися спостереження

та опитування батьків за допомогою опитувальників Т. Ахенбаха, Вандербільт, а також на основі критеріїв DSM-IV, теста-опитувальника батьківського ставлення А. Варги, В. Століна.

2. Для 36,4 % (52) розумово відсталих дітей була підтверджена гіпотеза про наявність синдрому гіперактивності. Такі діти протягом більше ніж 6 місяців характеризувалися підвищеною імпульсивністю, гіперактивністю. Ці симптоми були присутні в кількості більше ніж 6 із загального переліку, що дозволяє говорити про наявність синдрому гіперактивності. Спостерігалася недостатня адаптація в різноманітних ситуаціях та навколишньому середовищі.

3. 16,8 % (24) дітей мали негативний вплив внутрішньосімейних факторів, що в свою чергу призвело до негативних поведінкових проявів таких дітей, а також дозволило припустити у них наявність синдрому гіперактивності. Проте протягом 6 та більше місяців критерії не фіксувалися, прояви були ситуативними, а результати опитувальника батьківського ставлення А. Варги, В. Століна дозволили зробити висновок про причини негативних емоційних та поведінкових проявів: конфліктні ситуації вдома, негативні стрес-фактори, несприятлива соціально-економічна атмосфера в сім'ї тощо.

4. У 14,6 % (21) розумово відсталих дітей порушення в поведінці та афективній сфері були викликані соматичними захворюваннями, такими як: нейродерміт, метеопатичний синдром Пирогова, бронхіальна астма, хвороби органів травлення та серцево-судинної системи. Відповідна інформація була отримана з анамнестичних даних про дітей. Існують різні варіанти відношення до хвороби, що визначаються особистісними особливостями особистості хворого. Саме в астенодепресивному варіанті відношення до хвороби спостерігаються емоційна нестійкість, мала витривалість по відношенню до подразників, ослаблення прагнень до діяльності, відчуття пригніченості, тривожності. Дані ознаки зовні нагадують картину синдрому

гіперактивності, проте результати опитувальників та спостереження не підтвердили це.

5. У 6,3 % (9) розумово відсталих дітей за результатами проведення спостереження та психодіагностики найближчого оточення не було підтверджено синдром гіперактивності, проте нам не вдалося встановити етіологію поведінкових та емоційних проявів цих дітей, які зовні, ситуативно, нагадували симптоми синдрому гіперактивності, проте не були підтвержені результатами методик.

Психодіагностика проводилася з розумово відсталими дітьми з синдромом гіперактивності з метою виявити основні типи даного розладу. Психодіагностика включала дослідження концентрації та стійкості уваги – тест «Коректурна проба» (Б. Бурдон; дитячий варіант), а також діагностика за допомогою проєктивних методів. Враховуючи коморбідність розладу та віковий період, що обмежений дошкільним віком, доречно застосувати графічну методику «Кактус» (М. Панфілова), Кольоровий тест Люшера.

Синдром гіперактивності – комплексне порушення, що визначає неможливість його діагностувати лише однією пробою, тобто не існує універсального методу, який би напевно продемонстрував або спростував наявність синдрому гіперактивності.

Надзвичайно важливим є дотримання діагностичних критеріїв. Необхідність їх застосування гарантує ретельність діагностичного процесу, допомагає уникнути помилок.

Окрім бесід з батьками розумово відсталих дітей, вихователями спеціальних дошкільних навчальних закладів, спостереження за поведінкою під час ігор, занять, для постановки об'єктивного діагнозу надзвичайно важливу роль відіграє саме психологічна діагностика. Психологи користуються спеціальними методиками, що дозволяють визначити об'єктивну картину стану дитини, оцінити порушення в психофізичному розвитку та в емоційній сфері.

Зазвичай, емоційну сферу психологи досліджують в останню чергу, оскільки на перший план виступають провідні симптоми: гіперактивність, імпульсивність, неуважність. Однак саме дослідження емоційної сфери розумово відсталого дитини дозволить повно оцінити її стан. Для дітей з синдромом гіперактивності характерні зміни настрою, переживання, страхи, тривожність, негативізм тощо. Їх емоції характеризуються бідністю.

Для діагностики емоційної та особистісної сфер використовуються проєктивні методи дослідження. Особливо ефективними вони є саме для розумово відсталого дитини дошкільного віку.

Графічна методика М. Панфілової «Кактус» дозволяє виявити особливості психоемоційного стану дитини. Дана проєктивна методика спрямована на дослідження емоційно-особистісної сфери дитини [143; 144].

У дослідженні графічна методика «Кактус» була адаптована відповідно до інтелектуального розвитку та віку дітей (Дод. Б.5.).

На початковому етапі психодіагностичного обстеження дітей згідно застосування даної методики проводилася бесіда на узагальнення їх знань стосовно рослини «кактус». Ставилися питання: «Чи знаєте ви що таке кактус?», «Як він виглядає?», «Якого він може бути кольору?» тощо. Якщо виникали проблеми, розмова продовжувалася.

Для виявлення синдрому гіперактивності та порушень, що є коморбідними до нього, ми акцентували увагу на наступних шкалах: імпульсивність, агресивність, демонстративність, оптимізм, тривожність, екстрорвертованість, інтровертованість. З цією метою розумово відсталим дітям був запропонований аркуш паперу з зображенням шаблону кактуса: частина горщика та контури майбутньої рослини (Дод. Б.5.). Інструкція до адаптованої методики «Кактус» полягала в наступному: «Подивись на малюнок, домалюй на ньому те, чого не вистачає цьому кактусу», «Намалюй, яким ти собі уявляєш кактус». На виконання завдання дитині давалося стільки часу, скільки їй було потрібно для того, щоб закінчити малюнок.

Проективна методика *Кольоровий тест Люшера* [200] спрямована на дослідження особистості та заснована на суб'єктивній перевазі стимулів кольорів. У даному дослідженні ми використовували набір з 8 квадратів. Основними кольорами за тестом Люшера вважаються синій, зелений, червоний (за М. Люшером помаранчево-червоний), жовтий, до додаткових відносять фіолетовий, коричневий, чорний і сірий.

Розумово відсталим дошкільникам пред'являлися квадрати восьми кольорів. Ми запропонували обрати один, який найбільше подобається і є найбільш приємним для дитини. Наголошувалося, що сам вибір не повинен ні від чого залежати, наприклад, від улюбленого кольору чи кольору одягу. У разі незрозуміння інструкції вона повторювалася. Обраний квадрат перевертався. І так до тих пір, поки не будуть обрані всі вісім кольорів. Інструкція подавалася наступним чином: «Уважно подивися на картки, що розкладені перед тобою. Обери один колір, який тобі найбільше подобається, який є найбільш приємним для тебе. Зараз ми цю картку відкладемо. А тепер подивися на ті картки, що залишилися і вже з них обери картку, яка тобі найбільше до вподоби».

Психологічна інтерпретація отриманого ряду суб'єктивної переваги кольору спирається, по-перше, на припущення, що кожному кольору відповідає певне символічне значення, по-друге, вважається, що перевага певного кольору відображає індивідуальні особливості досліджуваних [156].

Кожному кольору відповідають числові показники, що допомагають закодувати вибори у вигляді цифрового ряду: синій – 1, зелений – 2, червоний (помаранчево-червоний) – 3, жовтий – 4, фіолетовий – 5, коричневий – 6, чорний – 7, сірий – 0.

За виборами респондентів складаються числові ряди, які формуються на основі складання пар сусідніх кольорів. Першу пару утворюють перший та другий вибори, другу пару – третій та четвертий, третю – п'ятий та шостий, четверту – сьомий та восьмий вибори. П'яту пару утворюють перший та останній вибори. Після того, як ряд пар сформований, необхідно кожному з них

позначити знаком, відповідно: «+», «х», «=», «-», «±». Лише після цього можна переходити до інтерпретації результатів, враховуючи як характеристики кожного кольору, так і пари, які вони утворюють, а також позиції, на яких вони знаходяться.

Вивченням уваги розумово відсталих дітей займалося багато зарубіжних та вітчизняних фахівців (Б. Айзенберг, І. Баскакова, Л. Виготський, П. Гальперін, С. Забрамна та ін.). Л. Виготський критикував тих учених, які намагалися вивести розумову відсталість з дефекту якої-небудь однієї функції. Сольє, вважає, що причиною розумової відсталості є недовліки лише довільної уваги [206]. Насправді розумова відсталість є результатом поєднання багатьох умов розвитку особистості.

Особливістю уваги є те, що вона не може існувати сама по собі, ізольовано, поза діяльністю людини. Дитина уважна лише тоді, коли не просто дивиться, а бачить або розглядає, коли не просто чує, а слухає, прислухається. Тому можна охарактеризувати увагу як «робочий стан свідомості».

Організація уваги дитини означає й організацію педагогічного процесу. Увага забезпечує ясність і виразність сприймання дитиною матеріалу, швидкість і чіткість її мислення, контроль за виконуваними діями. Уважна дитина помічає те, що неуважна пропускає.

Для дослідження рівня розвитку уваги розумово відсталих дітей нами був використаний *тест «Коректурна проба»* (Б. Бурдон, дитячий варіант). Під час експерименту дитині пред'являється сторінка, з розміщеними на ній знаками, розташованими випадково. Це можуть бути цифри, букви, геометричні фігури, малюнки-мініатюри. Завдання – знайти певний знак і якось його виділити (підкреслити, викреслити, позначити). Який саме знак і що необхідно зробити задається в інструкції.

Існує цілий ряд варіантів коректурної проби: буквенний, цифровий, з кільцями, малюнки і піктограми для дітей.

Поряд з усіма психічними функціями, увага розумово відсталих дітей має свої особливості та негативні тенденції розвитку. Серед основних недоліків уваги цієї категорії дітей є порушення її концентрації, стійкості, розподілу, переключення, обсягу. Мимовільна увага у них дещо більше збережена, ніж довільна, але й вона має свої особливості. Увага розумово відсталого дитини знаходиться в прямій залежності від особливостей її працездатності і пов'язана з вищою нервовою діяльністю. У дітей зі збудливим типом нервової системи більше збережений темп, обсяг, переключення уваги, у дітей з гальмівним типом вища стійкість. Спостерігається адинамічність уваги, яка проявляється в труднощах залучення її до потрібних сторін об'єкта. При розумовій відсталості жодна з властивостей уваги не залишається не ураженою. Тест «Коректурна проба» використовувався для дослідження стійкості та концентрації уваги розумово відсталих дітей (Дод. Б.6.).

Експериментальне дослідження стійкості та концентрації уваги за допомогою «Коректурної проби» відбувалося в індивідуальній формі з метою зниження негативного впливу на стійкість уваги навколишнього середовища, а також, щоб знизити відволікання та підвищити концентрацію на виконанні завдання. Для розумово відсталих дітей дошкільного віку було використано бланк з малюнками-мініатюрами (листочки та будиночками). Після подачі бланка коректурної проби повідомлялася інструкція: «Зараз ми з тобою зіграємо в гру. Подивися уважно на бланк, на якому намальовано багато знайомих тобі малюнків. На ньому зображені листочки та будиночки. Коли я тобі скажу: «Починай!», ти маєш розпочати переглядати ці малюнки рядок за рядком, зліва направо і викреслювати всі будиночки. Намагайся працювати якомога швидше, але найголовніше в цьому завданні – працювати без помилок, уважно, жодного листочка не пропустити й жодного зайвого не викреслити. Крім того, коли я скажу «Стоп!» - необхідно зупинитися на нетривалій час і показати мені те зображення, яке ти побачив останнім. Я зроблю відмітку на твоєму бланку в тому місці, де ти зупинився. Після чого я

знову скажу: «Починай!» і ти маєш продовжувати працювати далі. Так буде декілька разів, поки я не скажу: «Кінець!». Обов'язково уточнюється чи зрозуміла дитина завдання. Спочатку з'ясовувалося розуміння дитиною таких понять, як «будинок», «листок». Для того, щоб перевірити, чи розуміє дитина інструкцію перший рядок коректурної проби подається на окремому аркуші та виконується без фіксації часу. В тих випадках, коли виконання пробного завдання викликало труднощі, дитині надаються додаткові інструкції.

Після подачі інструкції та перевірки її розуміння починається проведення експерименту на дослідження стійкості та концентрації уваги. Дитині дається команда починати виконувати завдання та засікається час на секундомірі. Через кожну хвилину давалася команда «Стоп!». Загальна тривалість експерименту з однією дитиною дорівнювала 2,5 хвилинам, що зумовлено віком та інтелектуальною недостатністю. Після закінчення експерименту проводиться перевірка правильності виконання завдання по заздалегідь виготовленому «ключу». «Ключ» являє собою бланк, на якому всі букви, що мали бути викресленими були обведені яскравим кольоровим олівцем, а в кінці кожного рядка проставлена цифра, що позначає число малюнків у даному рядку.

Фіксується час виконання завдання, кількість малюнків, переглянутих дитиною за весь час роботи та за кожні пів хвилини, кількість допущених помилок. Помилкою вважається пропуск тих малюнків-мініатюр, що повинні бути закреслені, а також неправильне закреслення.

Стійкість та продуктивність уваги дитини згідно з методикою «Коректурна проба» оцінюється за формулою:

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

де S – показник стійкості та продуктивності уваги дитини;

N – кількість малюнків-мініатюр, що продивилася дитина;

n – кількість допущених помилок;

t – час виконання завдання.

За цією формулою визначається шість показників, відповідно за кожен півхвилинний інтервал, а також за весь час виконання завдання (за 2,5 хвилини). Згідно цього показник часу має значення – 30 та 150.

При обробці результатів згідно графічної методики «Кактус» бралися до уваги дані, які є важливими саме для діагностування синдрому гіперактивності у розумово відсталих дітей, а саме: характеристики ліній, сила натиску на олівець, додаткові деталі, кольорова гама тощо. Крім того, враховувалися специфічні показники, характерні саме для даної методики: характеристика «образу кактуса» (дикий, домашній, жіночний і т.д.), характеристика манери малювання (промальований, схематичний тощо), характеристика голок (розмір, розташування, кількість). За результатами опрацьованих даних по малюнку можна діагностувати емоційно-особистісні якості дитини (табл. 2.9).

Таблиця 2.9

Показники проявів синдрому гіперактивності у розумово відсталих дітей згідно з проективною методикою «Кактус»

Показники	Симптоматичні значення (%/кількість)
Велика кількість голок, розташовані по всьому малюнку	28,8/15
Перевага темних кольорів	19,2/10
Перевага яскравих кольорів	73,1/38
Сильна штриховка, натиск, уривчасті лінії	59,6/31
Радісний, усміхнений кактус	15,4/8
Виступаючі відростки	19,2/10
Одинокий кактус	42,3/22
Окрім основного кактуси є інші рослини	57,7/30
Квіти	9,6/5

Проаналізувавши малюнки, отримані в ході проведення проективної методики «Кактус», нами було виявлено велику кількість голок на малюнку у 15 (28,8 %) розумово відсталих дітей з синдромом , голки зазвичай були довгі, близько розташовані одна до одної, сильно виступали з контуру тіла рослини, що вказує на агресивність таких дітей. Кольорова гама аналізувалася за допомогою Кольорового тесту Люшера. У 10 дітей (19,2 %) переважали темні кольори: коричневий, чорний, сірий, темно помаранчевий, що вказує на підвищений рівень тривожності, у 38 (73,1 %) дітей у малюнку переважали жовтий, червоний, зелений кольори, що можна інтерпретувати як напруження, наполегливість, розкутість, прагнення до активних дій та вчинків. Крім того спостерігалися ознаки імпульсивності – провідного симптому синдрому гіперактивності, а також тривожності та страхів, що можуть бути коморбідними розладами до синдрому. Вони проявлялися у сильній штриховці, сильному натиску, уривчастості ліній на малюнку, що було характерно для 31 (59,6 %) дитини (табл. 2.9).

Ознаки демонстративності, що проявляються в наявності виступаючих відростків в кактусі, неприродних та манерних формах, характерні для 10 (19,2 %) розумово відсталих дітей. 8 (15,4 %) респондентів зобразили радісний, усміхнений кактус, використали для малювання яскраві, різнокольорові олівці. У 22 (42,3 %) дітей кактус був намальований один, у решти 30 (57,7 %) дітей до шаблону зображення було додано ще інші рослини, в тому числі були зображені й інші кактуси, що свідчить в першому випадку про інтравертованість, у другому – екстравертованість респондентів. У 5 (9,6%) дітей на зображенні кактуса були присутні квіти, що можна пояснити м'якістю, жіночністю характеру респондентів (табл. 2.9).

За результатами графічної методики «Кактус», ми можемо констатувати у вибірці 52 розумово відсталих дітей наявність синдрому гіперактивності, оскільки у цих дітей виявляються агресивні прояви, тривожність, страхи, демонстративність поведінки, а найголовніше – імпульсивність та тенденція до вивільнення рухової активності.

Кольоровий тест Люшера можна застосовувати як під час роботи з однією дитиною, так і з групою, але не більше 3-4 осіб. Він застосовується не лише для виявлення особливостей емоційної сфери, а й для визначення конкретних якостей особистості, самооцінки тощо. Окрім кількісного аналізу – числові ряди, обов'язково здійснюється якісний аналіз відповідно до мети дослідження.

Дослідження таких проявів, як гіперактивність, імпульсивність, тривожність, емоційна відкритість за допомогою восьмикольорового тесту Люшера проводилося в індивідуальній формі, що зумовлено порушеннями уваги (нестійкість, відволікання) розумово відсталих дітей, а також специфікою дошкільного віку.

Після проведення тесту для кожної досліджуваної дитини були побудовані свої характерні рангові ряди. Проте для узагальнення результатів були також побудовані рангові ряди, створені на основі кількості виборів перших та останніх пар, які співпадали. Ці узагальнені ряди вказують на особливості груп розумово відсталих дошкільників. Такі ряди являють собою характеристику всієї групи в цілому і можуть бути проаналізовані так само, як й індивідуальні вибори [112].

Також нами були сформовані результати відповідно до кількості виборів кольорів, яким надається перевага. Вони дозволили проаналізувати особливості, які властиві розумово відсталим дітям, відповідно до аналізу кольорів за М. Люшером (табл. 2.10).

Таблиця 2.10

**Результати дослідження розумово відсталих дітей за тестом
Люшера**

1 та 2 позиції кольорів (+)	Кількість дітей (%)
30	40,6
43	27,3
06	14,7
27	17,4

З таблиці 2.10 видно, що 40,6 % розумово відсталих дітей надають перевагу червоному та сірому кольорам (30), що характеризує їх як імпульсивних. Вони не здатні обдумувати свої дії. Результатам діяльності не приділяється достатня увага, їх цікавить лише сам процес – дія задля дії.

27,3 % розумово відсталих дітей першу пару кольорів утворюють з жовтого та червоного кольорів, що вказує на експансивну діяльність, спрямовану на зовні. Ці два теплі, яскраві кольори є неординарними, характеризують дуже активну та спрямовану назовні групу дітей. Особи, які в першу чергу обирають саме ці кольори, свою діяльність контролюють недостатньо, адже пошук нового, що здатне принести задоволення миттєвих потреб, робить їх більше поверховими, нездатними до цілеспрямованої, контрольованої діяльності.

Сірий та коричневий кольори, що утворюють першу пару для 14,7 % розумово відсталих дітей характеризують їх як втомлених, виснажених, вони бажають уникнути будь-яких проблем та негативних ситуацій, прагнуть залишатися наодинці, в спокої.

17,4 % дітей переповнює почуття образи, злості. Вони прагнуть до жорстокості, авторитетності в відносинах. Перебувають у постійному стресовому стані через пригніченість біологічних потреб, проте вони прагнуть до співпраці задля виходу з цього стану.

На основі переваги кольорових виборів кожною дитиною було сформовано узагальнену таблицю результатів (табл. 2.11).

Для того, щоб сформувати узагальнену таблицю спочатку складалися таблиці зведених даних, де відображається кількість виборів кожної дитини кожного з восьми кольорів. Встановлюється кількість виборів тих кольорів, яким надається найбільша перевага (1, 2 позиції) та кількість виборів, які майже ігноруються дитиною (7, 8 позиції). У зведеній групі спостерігається зрушення синього кольору (цифровий показник – 1) ближче до кінця колірною ряду на п'яту позицію. В основному для дітей без інтелектуальних

порушень позиція основного – синього кольору (1) – це перші позиції колірною ряду.

Таблиця 2.11

Характерний ранговий ряд за виборами досліджуваних

Група досліджуваних	Характерний ранговий ряд
Розумово відсталі діти з синдромом гіперактивності	3 0 2 5 1 6 7 4

Психологічна семантика синього кольору узгоджується з почуттям спокою, безтурботністю, потребою в емоційному спокої, гармонії, глибиною переживань, умінням співпереживати, взаємною довірою (П. Янишин, Н. Серов). Переміщення синього кольору ближче до кінця ряду говорить про те, що потреба в спокої та взаємній довірі з оточуючими людьми залишається незадоволеною, це може призводити до виникнення тривожності, занепокоєння, знервованості, які тим сильніші, чим далі від початку ряду розташований даний колір. Взаємостосунки з оточуючими, які є сформованими, частіше за все відкидаються, оскільки вони не відповідають потребам розумово відсталі дитини. Проявами цього є неспокійна поведінка, душевне збудження, що часто призводить до втрати здатності до зосередження [230].

Таким чином, розумово відсталіх дошкільників об'єднує відсутність емоційної близькості та взаєморозуміння з рідними та найближчим оточенням. Це підтверджують дані наукової психолого-педагогічної літератури, які вказують на те, що низькі інтелектуальні можливості розумово відсталіх дітей, а також нездатність відповідати загальноприйнятим нормам і правилам, створюють ситуацію ізоляції в середовищі однолітків і випадіння зі сфери повноцінного спілкування (В. Лебединський, Л. Ясюкова та ін.) [233].

Однак, як компенсацію до синього кольору, який відкидається (переміщується на кінцеві позиції), в групі розумово відсталіх дошкільників перевага надається червоному кольору (3).

Незадоволеність потреби в емоційній близькості, що супроводжується компенсацією червоним кольором (3) в першій позиції, призводить до спроби придушити відчуття незадоволеності за допомогою некерованої поведінки, агресії або енергійної, пов'язаної з ризиком діяльності, в якій він провокує ситуації небезпеки для власного здоров'я та життя [112]. Червоний колір (3) на першій позиції вказує на імпульс, потяг до активної дії, боротьби, змагання, ініціативи в усьому. Можна припустити, що гіперактивність, також може бути обумовлена порушенням взаємин з іншими людьми в процесі соціалізації розумово відсталих дітей.

Про те, як саме проявляється незадоволеність існуючими емоційними контактами в групі розумово відсталих дітей дошкільного віку з синдромом гіперактивності, а також про використання компенсаторних механізмів дозволяють судити пари, що проявляються в кольоровому ранговому ряді.

Розглянемо за даною характеристикою сформований ранговий ряд в досліджуваній групі. Так, група розумово відсталих дітей утворює пару синій колір з коричневим (16). Оскільки коричневий колір звернений до фізичних відчуттів і пов'язаний безпосередньо з фізичним тілом [112; 230], то його поєднання з синім кольором буде говорити про соматизацію існуючих міжособистісних проблем. Дана пара кольорів вказує на те, що дитина може домогтися почуття безпеки та спокою лише тоді, коли усуне стан фізичного дискомфорту та забезпечить увагу з боку оточуючих.

Пара червоного (3) і сірого (0) кольорів, яка визначена розумово відсталими дошкільниками, може бути позначена як «пара імпульсивності», що виражається в нездатності стримати свої негайні реакції або подумати, перш ніж щось зробити. Дане поєднання кольорів символізує дію заради дії. Група зелений-фіолетовий (25) вказує на гнучкість самоствердження, безвідповідальність. Поведінка цих дітей характеризується бажанням завоювати довіру оточуючих, причому не притримуючись ніяких соціальних норм та зобов'язань й не беручи ніякої відповідальності за свої вчинки. Остання пара чорний-жовтий (74) вказує на ізоляцію та відчуженість,

ситуація в якій перебуває дитина є огидною для неї, вона намагається відгородитися від усього, що може здійснювати вплив. Бунтує проти ситуації в цілому. Проте жовтий колір характеризує надію. Дитина намагається вплинути на свої проблемні ситуації. Пара, що утворює перший та останній вибори, вказує на актуальну, нагальну потребу дитини. В групі розумово відсталих дітей з синдромом гіперактивності це пара червоний-жовтий (34) – імпульсивність, необдуманість, експансивність дій. Результатам діяльності такі діти не приділяють достатньої уваги, дії чиняться заради дій, не робиться спроб приховати свої провини.

Проаналізувавши вибори розумово відсталих дошкільників з синдромом гіперактивності можна сказати, що у відповідь на незадоволеність існуючим емоційним зв'язкам з однолітками та дорослими, а також на складні або неприємні ситуації вони демонструють не лише імпульсивну поведінку, це можуть бути випадки опозиційної поведінки, агресія, порушення загальноприйнятих норм та правил.

Дослідження фахівців показують, що при розумовій відсталості всі властивості уваги є пошкодженими. Перед психологом та педагогом ставиться завдання – подолати наявні дефекти з опорою на збережені якості психіки розумово відсталої дитини. У той же час надзвичайно важливими є методи корекції недоліків уваги.

Аналіз результатів дослідження стійкості та продуктивності уваги в розумово відсталих дітей дошкільного віку згідно тесту «Коректурна проба» дозволив виділити 4 групи дітей.

1 група дітей виконала завдання при повторному повідомленні інструкції, а також після виконання завдання з психологом. У них темп роботи є рівномірним – поступове зниження на початку роботи та підвищення до кінця роботи. Така працездатність є нормальною для дітей, проте в цій групі спостерігаються велика кількість помилок та порівняно низький темп роботи. До даної групи дітей відносяться розумово відсталі діти (у яких з отриманих анамнестичних даних, спостереження, опитування

батьків і вихователів та проєктивних методів дослідження), які не мають хронічних соматичних захворювань, проте характеризуються специфічними емоційними проблемами. Дану групу дітей ми орієнтовно назвали – розумова відсталість з емоційно-вольовими порушеннями. До першої групи увійшло 32,7 % (17) розумово відсталих дітей.

У 2 групі розумово відсталих дітей завдання виконувалося при повторній подачі інструкції та при демонстрації зразку. Ці діти характеризуються меншою кількістю помилок в порівнянні з першою групою, проте їх відрізняє знижений темп роботи. За кожен відрізок часу вони переглядали меншу кількість малюнків мініатюр коректурної проби, ніж діти попередньої групи. Проте їх темп роботи характеризується рівномірністю, без значних спадів в середині проведення психодіагностики та чітких підйомів на початку та кінці роботи. До даної групи дітей ми орієнтовно віднесли розумово відсталих дітей, у яких з отриманих анамнестичних даних, спостереження, опитування батьків і вихователів та проєктивних методів дослідження ми відзначали більшою мірою перевагу процесів гальмування над процесами збудження. Дану групу склала 11 дітей – 21,2 %.

До 3 групи дітей віднесені розумово відсталі діти, які характеризувалися підвищеним відволіканням навіть на етапі подачі інструкції. Потребувався значний час, щоб включити таких дітей у роботу. Також необхідною умовою була корекція обстановки, в якій відбувалася психодіагностика, мінімізування додаткових подразників, що могли негативно вплинути на концентрацію дитини на завданні. Інструкція розумово відсталим дітям з 3 групи подавалася в різних формулюваннях 2-3 рази, обов'язковим була демонстрація виконання завдання і допомога психолога на даному етапі. Такі діти характеризувалися значним підвищенням працездатності на початковому етапі роботи та її зниження до кінця. До даної групи дітей ми орієнтовно віднесли розумово відсталих дітей, у яких з отриманих анамнестичних даних, спостереження, опитування

батьків та вихователів та проєктивних методів дослідження, ми відзначали більшою мірою перевагу процесів збудження над процесами гальмування, це 42,3 % - 22 дитини.

4 група дітей завдання повністю не виконала, не зрозуміла інструкцію, після повторення в іншому формулюванні також її не усвідомлювали. Перше завдання в цій групі дітей виконувалося при наданні допомоги, причому ці діти зазнавали значних труднощів. Проте, навіть одразу з початком проведення тестування, інструкція не утримували в пам'яті інструкцію, навіть з опорою на зразок виконання методики – завдання не було виконано. Дану групу склало 2 розумово відсталі дитини (3,8 %)

За результатами виконання методики за кожен інтервал (30 секунд) нами була побудована «крива виснаження уваги», що відображає стійкість уваги і працездатність в динаміці. Вона формується на основі кількості переглянутих знаків за кожні пів хвилини роботи (по вертикалі зазначаються показники S відповідно до кожного відрізка часу, по горизонталі затрачений час – пів хвилини відрізками за всі 2,5 хвилини роботи).

Оскільки 4 група розумово відсталих дітей взагалі не виконала завдання, результати цієї групи відсутні. Тому визначати показник стійкості та продуктивності уваги та будувати криву виснаження уваги ми будемо лише для трьох груп дітей.

Для того, щоб підрахувати показник продуктивності та стійкості уваги обстежуваної дитини (S), необхідно означити необхідні показники: N – кількість малюнків-мініатюр, що продивилася дитина за кожен відрізок часу, а також за весь час експерименту; n – кількість допущених помилок у ході виконання завдання. Результати згідно показника N були занесені до таблиці відповідно до кожної групи дітей та відрізків часу (табл. 2.12). У процесі дослідження згідно з методикою «Коректурна проба» першою групою розумово відсталих дітей (з емоційно-вольовими порушеннями) за весь час дослідження було опрацьовано 53 малюнка-мініатюри; другою групою (з переважанням процесів гальмування) було опрацьовано 44 малюнки-

мініатюри; третьою групою (з переважанням процесів збудження) – 50 малюнків-мініатюр.

Таблиця 2.12

Результати показника N згідно з методикою «Коректурна проба»

Група розумово відсталих дітей дошкільного віку	Кількість опрацьованих малюнків-мініатюр (N)				
	I відрізок часу (N ₁)	II відрізок часу (N ₂)	III відрізок часу (N ₃)	IV відрізок часу (N ₄)	V відрізок часу (N ₅)
1 група (з емоційно-вольовими порушеннями)	13	11	9	9	11
2 група (з переважанням процесів гальмування)	11	10	8	8	7
3 група (з переважанням процесів збудження)	13	12	10	8	7

Після визначення кількості малюнків-мініатюр, що були оброблені кожною групою розумово відсталих дітей дошкільного віку, необхідно означити кількість помилок, допущених дітьми за кожен відрізок часу (30 сек.). Помилками вважається неправильно закреслений або пропущений малюнок-мініатюра (табл. 2.13).

Таблиця 2.13

Результати показника n згідно з методикою «Коректурна проба»

Група розумово відсталих дітей дошкільного віку	Кількість допущених помилок (n)				
	I відрізок часу (n ₁)	II відрізок часу (n ₂)	III відрізок часу (n ₃)	IV відрізок часу (n ₄)	V відрізок часу (n ₅)
1 група (з емоційно-вольовими порушеннями)	2	1		1	1
2 група (з переважанням процесів гальмування)	1		1	1	
3 група (з переважанням процесів збудження)	2	2	1	2	1

У процесі дослідження згідно з методикою «Коректурна проба» за весь час роботи першою групою розумово відсталих дітей (з емоційно-вольовими порушеннями) було допущено 5 помилок; другою групою (з переважанням

процесів гальмування) було допущено 3 помилки; третьою групою (з переважанням процесів збудження) – 8 помилок.

Згідно методики «Коректурна проба» ми отримали п'ять показників продуктивності та стійкості уваги за кожен відрізок часу (табл. 2.14), що мають бути зазначеними на кривій виснаження уваги.

Таблиця 2.14

Результати стійкості та продуктивності уваги (показник S) згідно з методикою «Коректурна проба»

Група розумово відсталих дітей дошкільного віку	Показник стійкості та продуктивності уваги (S)				
	I відрізок часу (S ₁)	II відрізок часу (S ₂)	III відрізок часу (S ₃)	IV відрізок часу (S ₄)	V відрізок часу (S ₅)
1 група (з емоційно-вольовими порушеннями)	0,03	0,09	0,15	0,06	0,09
2 група (з переважанням процесів гальмування)	0,09	0,17	0,04	0,04	0,12
3 група (з переважанням процесів збудження)	0,03	0,02	0,07	-0,05	0,02

За всіма показниками S будується графік, проаналізувавши дані якого можна судити про динаміку зміни продуктивності та стійкості уваги дитини в часі (Рис. 2.4).

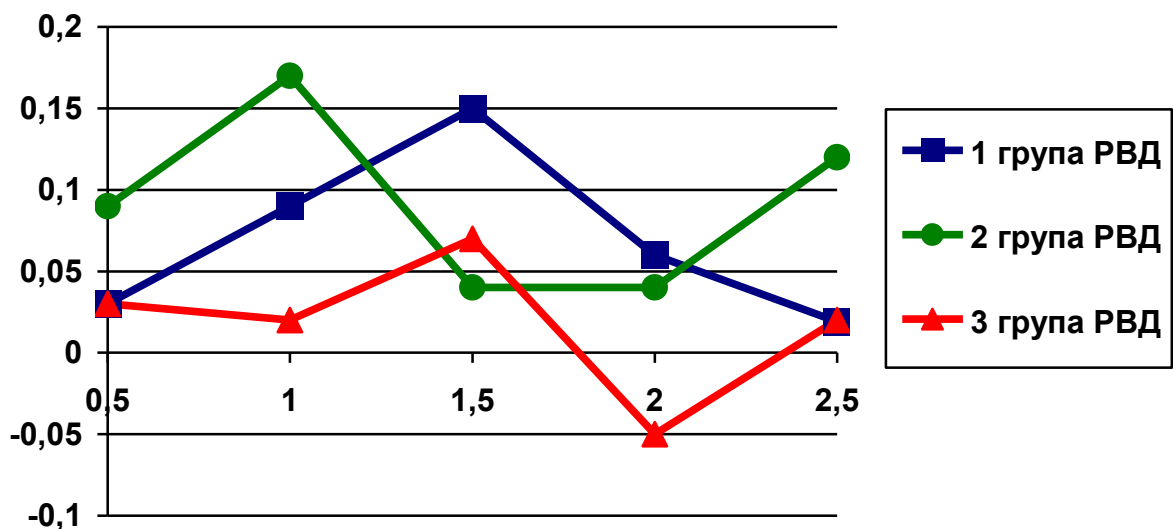


Рис. 2.4. Динаміка зміни продуктивності та стійкості уваги розумово відсталих дітей різних груп

Після побудови графіка показники продуктивності та стійкості уваги оцінюються за 10-тибальною шкалою [8; 87] (табл. 2.15):

Таблиця 2.15

**Результати стійкості та продуктивності уваги згідно з методикою
«Коректурна проба»**

Показник S	Бали	Характеристика
0-0,2	0-1	Дуже низькі продуктивність та стійкість уваги
0,24-0,5	2-3	Низька продуктивність та стійкість уваги
0,5-0,75	4-5	Середня продуктивність та стійкість уваги
0,75-1	6-7	
1-1,25	8-9	Висока продуктивність та стійкість уваги
>1,25	10	Дуже висока продуктивність та стійкість уваги

Аналіз показника S дав можливість дійти висновку, що рівень стійкості та продуктивності уваги розумово відсталої дитини дуже низький. Розглядаючи показники продуктивності роботи дітей кожні 30 секунд роботи (рис. 2.4), можна констатувати, що продуктивність роботи у розумово відсталих дітей протягом 2,5 хвилин в середньому знижується.

Істотні відмінності в стійкості уваги відзначаються у різних групах розумово відсталих дітей. У дітей з неускладненою розумовою відсталістю показники продуктивності роботи найбільшою мірою наближаються до показників дітей, які нормально розвиваються. Їх робота відрізняється лише більшою кількістю помилок, що вони допускають по ходу виконання завдання. У групі розумово відсталих дітей, у яких переважають процеси збудження над процесами гальмування, спостерігається більш швидкий темп роботи в порівнянні з іншими дітьми, проте значно більша кількість помилок. У цій групі зафіксований найнижчий показник якості уваги. У таких дітей увага характеризується нестійкістю. Це виражається у високому рівні відволікання. Можна відзначити своєрідний характер помилок: велика кількість неправильно викреслених знаків, що рідше спостерігається в інших групах розумово відсталих дітей. Також відзначається стереотипність

помилки: викреслюються одні й ті ж неправильно розпізнані знаки. На основі проведеного дослідження була виділена група розумово відсталих дітей з переважанням гальмування. Для таких дітей є характерним низький темп роботи при порівняно невеликій кількості помилок.

У ході експериментального дослідження за допомогою психодіагностичних методик брали участь 52 дитини дошкільного віку з легкою розумовою відсталістю та синдромом гіперактивності. Вік обстежуваних складав від 5 до 7 років, що за періодизацією Д.Ельконіна відповідає старшому дошкільному віку. Завданням цього етапу було підтвердити синдром гіперактивності та виділити типи порушень за провідними симптомокомплексами.

Підхід до кожної дитини був суто індивідуальним та адекватним, фіксувалися будь-які відхилення в поведінці дитини: розгальмованість, нетерплячість, роздратованість тощо.

На основі отриманих результатів за допомогою клініко-анамнестичного аналізу, біографічного інтерв'ю з батьками розумово відсталих дітей, спостереження, напівструктурованого клінічного інтерв'ю з батьками та вихователями на основі критеріїв DSM-IV, опитувальників Т.Ахенбаха та Вандербільт, опитувальника батьківського ставлення А.Варги, В.Століна, методики «Коректурна проба», проективного тесту «Кактус», кольорового тесту Люшера в групі розумово відсталих дітей, яким було підтверджено синдром гіперактивності (52 дитини), відповідно до симптомів, що переважали, було виділено три типи синдрому гіперактивності у розумово відсталих дітей:

1. Синдром гіперактивності емоційно нестійкого типу. У таких розумово відсталих дітей спостерігаються розлади емоційно-вольової сфери. Вони проявляються у вигляді підвищеної емоційної збудливості, невмотивованих коливаннях емоцій. Для дітей цієї групи властиві порушення настрою, емоційного контакту з оточуючими. Даний тип синдрому

гіперактивності було встановлено у 34,6 % (18) розумово відсталих дітей дошкільного віку.

2. Синдром гіперактивності імпульсивного типу. Дана група розладу характеризується вираженим неспокоєм з великою кількістю зайвих рухів, непосидючістю, балакучістю, імпульсивністю. Даний тип синдрому гіперактивності найбільше поширений серед розумово відсталих дошкільників і складає 42,3 % (22) від усієї кількості дітей з даним розладом.

3. Синдром гіперактивності астенічного типу характеризується значними порушеннями уваги, підвищеною стомлюваністю, повільністю, труднощами в засвоєнні навичок. Такі діти, навіть маючи певний запас знань, не здатні раціонально його використовувати. Діти даної групи адаптуються до нових умов гірше, ніж діти попередніх груп. Це найменше представлена група серед розумово відсталих дітей з синдромом гіперактивності. За результатами психодіагностики до даного типу порушення відноситься 23,1 % (12) дошкільників.

За ступенем тяжкості даного розладу в кожному з типів синдрому гіперактивності було виділено форми: легка (симптоми виражені мінімально, порушення в соціальному житті майже не виявляються), середня (симптоми виражені недостатньо інтенсивно, спостерігаються труднощі в оволодінні навичками, соціальному житті, комунікації; можуть коригуватися), тяжка (усі симптоми яскраво виражені, значні труднощі в навчанні та соціальному житті). Узагальнені результати відповідно до типу та форми синдрому гіперактивності представлені у таблиці 2.16.

Для подальшого планування психологічної корекції синдрому гіперактивності у розумово відсталих дітей дошкільного віку ми вважаємо за необхідне враховувати Клінічні протоколи надання медичної допомоги дітям з гіперкінетичними розладами та розладами загального розвитку Міністерства охорони здоров'я України, які створені на базі європейських та американських рекомендацій. Вони були адаптовані нами відповідно з урахуванням психологічних особливостей цієї категорії дітей.

Розподіл розумово відсталих дітей відповідно до типу та форми синдрому гіперактивності (%/кількість)

Типи Форми	Синдром гіперактивності емоційно нестійкого типу	Синдром гіперактивності імпульсивного типу	Синдром гіперактивності астеничного типу
легка	13,4/7	9,6/5	3,8/2
середня	15,4/8	21,2/11	11,5/6
тяжка	5,8/3	11,5/6	7,8/4

Легкі форми синдрому гіперактивності характеризуються наступним:

- мають місце патологічні рівні розладів уваги, рухової активності, вольового контролю над мисленням, поведінкою та потягами;
- симптоми розладу спостерігаються при широкому спектрі різноманітних ситуацій, які, як правило, не пов'язані з групою первинної підтримки дітей;
- симптоми розладу не супроводжуються важкими порушеннями поведінки, які унеможлилювали б адаптацію дитини у дошкільних закладах освіти і суттєво порушували б функціонування родини (не виконуються критерії розладів поведінки F91);
- симптоми розладу можуть бути усунені за допомогою психосоціальних і корекційно-педагогічних втручань.

Для синдрому гіперактивності середньої тяжкості властиві:

- патологічні рівні розладів уваги, рухової активності, вольового контролю над мисленням, поведінкою та потягами, що спостерігаються при широкому спектрі різноманітних ситуацій, які, в тому числі, стосуються групи первинної підтримки дітей;
- симптоми розладу супроводжуються значними порушеннями соціалізації дитини в родині, у дошкільних закладах освіти (виконуються критерії розладів поведінки F91);
- відсутні коморбідні специфічні розлади письма, читання та мовлення;

– за допомогою психосоціальних і корекційно-педагогічних втручань не завжди може бути усунено порушення соціалізації, що унеможлиблює адаптацію дитини у дошкільних та, в подальшому, шкільних закладах освіти.

Тяжкі форми синдрому гіперактивності мають оцінювати ті випадки, при яких:

– мають місце патологічні рівні імпульсивності, гіперактивності та дефіциту уваги, що спостерігаються більше ніж в одному середовищі протягом більше 5-6 місяців;

– симптоми розладу супроводжуються тяжкими порушеннями соціалізації у родині, у дошкільних закладах освіти, неуспішністю у різних видах діяльності;

– наявні діагностичні критерії коморбідних поведінкових та тривожно-фобічних/афективних розладів;

– спостерігаються значущі коморбідні специфічні розлади навичок письма, читання та мовлення;

– відмічається неефективність соціальної терапії у дітей дошкільного віку протягом 5 місяців, у дітей шкільного віку – протягом 3 місяців.

Визначення типів та форм синдрому гіперактивності у розумово відсталих дітей дошкільного віку дозволить адекватно та ефективно розробити психокорекційну програму. Адже відповідно до кожного типу порушення, симптомів, що переважають, будуть різнитися методи та прийоми психокорекційної допомоги.

Оскільки конфліктні ситуації вдома призводять до поведінкових та емоційних розладів, депресивних станів розумово відсталих дошкільників, зокрема, діти з синдромом гіперактивності набагато гірше адаптуються в нових обставинах, більш вразливі до дії негативних стрес-факторів. Необхідною вимогою ефективної допомоги дітям є робота з батьками. Рекомендації, яких вони мають дотримуватися під час психокорекції їх

дитини, а також протягом усього життя, мають бути сформовані відповідно до типу синдрому гіперактивності.

Отже, для того, щоб сприяти гармонійному розвитку особистості розумово відсталої дитини, покращити її емоційний стан, знизити рівень тривожності, згладити негативний вплив інтелектуальних порушень і синдрому гіперактивності на процес соціалізації дітей, необхідно проводити корекційну роботу, спрямовану на поліпшення взаємин з оточуючими, створення довірливих відносин, відчуття підтримки з боку близьких людей і почуття захищеності.

Отже, діагностика синдрому гіперактивності має базуватися на комплексних симптомах, проявах їх в різних ситуаціях, характеризуватися постійністю й тривалістю в часі та підтверджуватися не лише психологом, а педагогом, лікарем. Лише певні, непостійні характеристики поведінки дітей, що відмічають батьки не можуть бути основою для постановки діагнозу. Такі симптоми можуть бути реакцією дитини на посттравмуючу ситуацію в сім'ї.

Усе це допоможе звести до мінімуму відсоток помилкових діагнозів, а також допомогти в ранньому виявленні синдрому гіперактивності.

Висновки до другого розділу

1. Визначено особливості проявів синдрому гіперактивності, урахування яких дозволить стверджувати про наявність відповідного порушення у розумово відсталої дитини. Спираючись на критерії DSM-IV та МКХ-10, було модифіковано параметри визначення розладу, які б враховували вік обстежуваних дітей та особливості інтелектуального розвитку, що було покладено в основу розроблення комплексної психодіагностичної методики. Адаптовано загальновідомі критерії синдрому гіперактивності для постановки діагнозу саме у розумово відсталих дітей. Представлено етапи психодіагностичного обстеження. Розроблено комплекс

діагностичних процедур для виявлення синдрому гіперактивності у розумово відсталих дітей дошкільного віку.

2. У результаті проведення емпіричного дослідження встановлено: 25,9% обстежуваних дітей з самого початку не мали проявів гіперактивності, імпульсивності та інших емоційно-поведінкових порушень, а також не було підтверджено синдром гіперактивності за результатами дослідження; 16,8% дітей мали яскраві прояви в поведінковій та емоційній сферах, що відповідали критеріям синдрому гіперактивності, проте вони не утримувалися більше ніж 6 місяців та проявлялися лише в певних сферах життєдіяльності, а не в усіх. Порушення поведінки у цієї групи дітей були спричинені впливом негативної внутрішньосімейної ситуації. У 14,6% розумово відсталих дітей порушення в поведінці та афективній сфері були викликані соматичними захворюваннями та не мали стійкого характеру. У 36,4% розумово відсталих дітей дошкільного віку було встановлено синдром гіперактивності. У 6,3% розумово відсталих дітей за результатами проведення спостереження та психодіагностики найближчого оточення не було підтверджено синдром гіперактивності, проте не було встановлено етіологію поведінкових та емоційних порушень цих дітей, які зовні, ситуативно, нагадували симптоми синдрому гіперактивності.

3. Виділено форми та типи синдрому гіперактивності в розумово відсталих дітей: емоційно нестійкий тип притаманний 34,6% дітей, з них з легкою формою 13,4%, з середньою – 15,4%, с тяжкою – 5,8%; імпульсивний тип був властивий 42,3% розумово відсталих дітей, з них з легкою формою 9,6%, з середньою – 21,2%, с тяжкою – 11,5%; астеничний тип у 23,1% розумово відсталих дітей, серед яких 3,8% дітей з легкою формою, 11,5% дітей з середньою формою, 7,8% з тяжкою.

4. За ступенем тяжкості даного розладу в кожному з типів синдрому гіперактивності виділено такі клінічні форми: легка (симптоми виражені мінімально, порушення в соціальному житті майже не виявляються), середня (симптоми виражені недостатньо інтенсивно, спостерігаються труднощі в

оволодінні навичками, соціальному житті, комунікації; можуть коригуватися), тяжка (всі симптоми яскравою виражені, значні труднощі в навчанні та соціальному житті). Встановлено, що типи та форми синдрому гіперактивності в розумово відсталих дітей обумовлені як зовнішніми, так і внутрішніми чинниками. Виявлені типи та форми синдрому гіперактивності мають бути враховані у процесі розроблення програми психологічної корекції.

Основний зміст розділу висвітлений в працях автора:

1. Касьян М. В. Психолого-клінічні підходи до проявів СДУГ / Л. М. Руденко, М. В. Касьян / Єдність навчання і наукових досліджень – головний принцип університету: мат-ли звітно-наук. конф. викладачів ун-ту за 2009 рік. 10-11 лютого 2010 року / Укл. Г. І. Волинка, О. В. Уваркіна, О. П. Симоненко, О. П. Ємельянова. – К.: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2010. – С. 161-166.

2. Касьян М. В. Психодіагностичні методи СДУГ / Л. М. Руденко, М. В. Касьян // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова, Серія 19. Корекційна педагогіка та психологія: зб. наук. праць. – К.: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2010. - № 15. – С. 398-401.

3. Касьян М. В. Психолого-педагогічний підхід до вивчення дітей з синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю / М. В. Касьян // Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка / за ред. О. В. Гаврилова, В. І. Співака. – Вип. ІХХ. В двох частинах, частина 2. Серія соціально-педагогічна. - Кам'янець-Подільський: Медобори-2006, 2012. – С. 299-306.

4. Федоренко М. В. Діагностичні аспекти синдрому гіперактивності у розумово відсталих дітей дошкільного віку / М. В. Федоренко, Л. М. Руденко // Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки) : зб. наук. праць / за ред. В. М. Синьова, О. В. Гаврилова. – Вип. V. – В 2-х т., том 1. – Кам'янець-Подільський : ПП Медобори-2006, 2015. – С. 270-281.

РОЗДІЛ 3

КОМПЛЕКСНА ПСИХОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ СИНДРОМУ ГІПЕРАКТИВНОСТІ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З РОЗУМОВОЮ ВІДСТАЛІСТЮ

3.1. Основні підходи до корекції синдрому гіперактивності у дітей дошкільного віку з розумовою відсталістю

Синдром гіперактивності у розумово відсталих дітей є складною, багатофакторною проблемою. Він поєднує в собі особливості розвитку когнітивної та особистісної сфер розумово відсталих дітей, а також складні варіанти розвитку емоційних та поведінкових особливостей. Тому даний розлад є комплексним порушенням, що потребує мультидисциплінарного підходу до діагностики та корекції.

Сучасні методи психолого-педагогічного впливу повинні передбачати можливість виявлення причин дезадаптації дитини, вибору форм корекційно-розвивальної роботи та її організації з урахуванням ресурсів самої дитини та її соціального оточення.

Ю.Матасов зазначає «важливість розгляду кожного аномального прояву психічного розвитку розумово відсталих дітей не як застиглого та незмінного, а як такого, що має позитивну динаміку розвитку під впливом корекційного навчання й виховання» [118].

Основним видом допомоги розумово відсталим дітям синдромом гіперактивності є психологічна корекція. В рамках даного виду допомоги обов'язковими є зміни обстановки, що оточує дитину вдома, в дитячому садку, в школі, а також поведінки та характеру батьків.

У спеціальній психології корекція розглядається як один зі способів психологічного впливу, спрямований на виправлення відхилень у психічному розвитку дитини. Досить часто поряд з поняттям психологічна корекція співіснує поняття психотерапія або, навіть, одне підміняє інше.

Психотерапія, в своєму класичному розумінні, – це система спеціально організованих методів лікувального впливу. Проте, необхідно підкреслити, що термін психотерапія використовується іноземними фахівцями для характеристики кола методів роботи, що здійснюються психологом.

У багатьох країнах світу проблема психологічної корекції синдрому гіперактивності має соціальне значення й здобула загальнонаціонального статусу. У державну програму охорони здоров'я Франції, США, Італії включені статті щодо профілактики, корекції та лікування синдрому гіперактивності у дітей. Проте, нажаль, в Україні дітям даної категорії не приділяють належної уваги. Лише в 2010 році Міністерством охорони здоров'я України були розроблені «Клінічні протоколи надання медичної допомоги дітям з гіперкінетичними розладами та розладами загального розвитку».

У нашому дослідженні враховувалося загальноприйняте положення спеціальної психології та корекційної педагогіки про те, що корекційний вплив на особистість розумово відсталої дитини, в тому числі на її емоційну та поведінкову сфери, буде ефективним лише тоді, коли буде керуватися принципом комплексності та охоплювати всі сторони особистості дитини в цілому. Зважаючи на це корекційна допомога передбачає глибокий аналіз психологом індивідуальних особливостей кожної дитини та створення таких умов, що найбільш повно сприяють розвитку особистості розумово відсталої дитини. При цьому основний акцент зроблено на розвиток вищих психічних функцій, на поліпшення міжфункціональної взаємодії інтелектуального та емоційного компонентів психіки.

Ефективність психологічної корекції значною мірою залежить від глибини аналізу психологічної структури дефекту та його причини. Складність і своєрідність аномального розвитку дитини вимагають ретельного методологічного підходу до його аналізу та психокорекційних впливів. Розробка принципів як основних ідей, є надзвичайно важливим у

теорії та практиці психологічної корекції. Психологічна корекція має базуватися на фундаментальних положеннях психології, основними з яких є:

- розуміння того, що особистість людини є цілісною психологічною структурою, вона формується в процесі усього життя, причому це становлення відбувається на основі засвоєння нею суспільних норм та правил поведінки, а також формування свідомості [7; 23; 38; 40; 67; 101; 228];
- продуктивний психічний розвиток, формування особистості дитини відбуваються лише в процесі спілкування з дорослими – батьками, вихователями, найближчим соціальним оточенням (М. Лисіна, Б. Ломов);
- формування особистості та корекція відхилень у розвитку відбувається тільки з опорою на провідний вид діяльності (в дошкільному віці – це гра) [228];
- розвиток аномальної дитини відбувається за тими ж законами, що й розвиток нормальної дитини., необхідно лише дотримуватися певних, суворо продуманих умов та правил (Л.Виготський, М.Монтессорі) [38].

Психологічна корекція як комплекс клініко-психолого-педагогічних впливів, спрямованих на виправлення наявних у дітей порушень розвитку, оптимізацію розвитку психічних процесів і функцій, гармонізацію розвитку особистісних якостей, має здійснюватися висококваліфікованим фахівцем у галузі медичної та спеціальної психології, корекційної педагогіки, пато- та нейропсихології, медицини.

У процесі психологічної корекції розумово відсталих дітей дошкільного віку з синдромом гіперактивності необхідно враховувати складну структуру особливостей їх розвитку, характер поєднання в картині стану таких факторів, як етіологія, патогенез первинних та вторинних порушень, соціальна ситуація розвитку дитини, провідний вид діяльності, тощо.

Психологічна корекція поведінкових порушень у розумово відсталих дітей буде ефективною опираючись на основні загальновідомі принципи допомоги:

1. Принцип комплексності корекційних впливів полягає в тому, що її необхідно розглядати як єдиний комплекс клініко-психолого-педагогічних впливів. Ефективність психологічної корекції буде залежати саме від врахування клінічних, педагогічних, психологічних факторів у розвитку дитини, її соціального середовища.

2. Принцип єдності діагностики, профілактики та корекції, який ґрунтується на розумінні того, що розробка дієвих методів та засобів психологічної допомоги можлива лише при ефективній психологічній діагностиці. Адже на попередньому етапі необхідно виявити особливості психічного розвитку дитини, зокрема, її актуальний рівень розвитку та потенційні можливості.

3. Принцип диференційованого та індивідуального підходу полягає в розумінні дитини як цілісної особистості з урахуванням всіх її складностей та індивідуальних особливостей. У процесі психологічної корекції необхідно орієнтуватися не на якусь окрему функцію або психічне явище, а на особистість в цілому. Тому під час надання психологічної допомоги фахівець має орієнтуватися на вік, стать, первинні порушення та коморбідні розлади .

4. Принцип особистісно-діяльнісного підходу. Особистість проявляється і формується в процесі діяльності. Тому психокорекційна робота повинна будуватися на врахуванні та усвідомленні провідного виду діяльності дитини, як цілісна, осмислена структура. Однак, не можна забувати про той вид діяльності, що є значущим для дитини в певному віці.

5. Ієрархічний принцип психологічної корекції, що базується на положеннях Л.Виготського, який вважав, що основний зміст корекційної роботи має бути спрямований на зону найближчого розвитку дитини. Тому психологічна корекція повинна будуватися як цілеспрямоване формування психологічних новоутворень, що складають важливу характеристику віку. Відштовхуючись від даного принципу психологічна корекція базується на наявному рівні психічного розвитку дитини, проте, перш за все, орієнтується на зону найближчого розвитку, вимагає максимальної активності дитини,

батьків та фахівців. Така психологічна корекція носить випереджаючий характер.

б. Казуальний принцип психологічної корекції, що реалізується за рахунок усунення причин та джерел відхилень у психічному розвитку дитини. Складна ієрархія відносин між симптомами та їх причинами, структура дефекту мають визначати завдання й цілі психологічної корекції [114].

Психологічна корекція дітей дошкільного віку з розумовою відсталістю з синдромом гіперактивності має свою специфіку, адже все більшого значення набуває проблема ранньої корекції психічного розвитку, навчання й виховання таких дітей. Саме в дошкільному віці відбувається основний особистісний та інтелектуальний розвиток дитини. Тому психокорекційна робота саме в цьому віці є найбільш ефективною не лише в якості виправлення наявних порушень у розвитку, а й в якості застосування засобів профілактики, щоб не допустити виникнення додаткових порушень.

Розвиток дитини має відбуватися в процесі активної діяльності, яку може забезпечити спеціальна дошкільна установа. Саме в дошкільному закладі має відбуватися всебічний вплив на особистість дитини з порушеннями в розвитку, що включає роботу вихователів, корекційних педагогів, дефектологів, спеціальних психологів, логопедів, медиків, при активній взаємодії з батьками дитини. При цьому основною метою роботи має бути організація освітнього процесу дошкільників таким чином, щоб сприяти розвитку творчої особистості та її підготовка до майбутнього самостійного життя в принципово нових умовах.

При організації та здійсненні експериментальної корекційної роботи з дітьми з легкою розумовою відсталістю в першу чергу враховувався принцип діяльнісного підходу [101; 228]. Відповідно до нього центром корекційної роботи з дошкільнятами при цьому є процес формування сюжетно-рольової гри як провідного виду діяльності, в якому відбуваються найголовніші зміни в психіці дитини, а також розвиваються всі психічні процеси [103].

Для вирішення корекційних завдань при роботі з дітьми дошкільного віку ми орієнтувалися на такі види діяльності:

1. Продуктивна діяльність сприяла розвитку можливостей дитини самостійно будувати власну діяльність: створювати і реалізовувати її задум, що, в свою чергу, лежить в основі розвитку творчих здібностей, уяви й відчуття власної важливості та необхідності. Саме в таких видах діяльності, як ліплення, малювання, конструювання дитина проявляє свою індивідуальність, а дорослий може бути керівником цього процесу.

2. Ігрова діяльність дітей для дітей з легкою розумовою відсталістю в дошкільному віці є універсальним способом психологічної корекції психічних функцій, а також емоційних та поведінкових порушень.

3. Діяльність, що пов'язана з дотриманням норм, правил, режимів. Через даний вид діяльності можна закріпити навички самообслуговування, усвідомлення правил поведінки та взаємодії з іншими людьми.

Відомо, що сутність психокорекційної допомоги полягає в тому, що вона дає можливість уникнути появи особистісних відхилень, що в структурі дефекту утворюють відхилення другого та третього порядку, що в свою чергу може призвести до погіршення соціальної взаємодії дитини з оточуючими. Таким чином, розробляючи та впроваджуючи психокорекційну програму для таких дітей необхідно враховувати ряд нижче наведених правил, що визначають зміст роботи фахівця:

1. На початковому етапі роботи необхідно враховувати співвідношення факторів, що визначають особливості та порушення психічного розвитку. До них відносяться: органічний дефект, що виявляється в первинному дефекті; соціальні фактори, що виявляються в поведінці та відношенні дорослого до дитини; індивідуально психологічні риси самої дитини. Врахування факторів буде визначати цілі, завдання та методи корекційної роботи з розумово відсталою дитиною.

2. Наступним важливим моментом в організації психокорекційної допомоги є співвіднесення діяльності психолога та вихователя (педагога).

Оскільки корекційна робота, зокрема з розумово відсталими дітьми з синдромом гіперактивності, носить комплексний характер, надзвичайно важливим є тісна співпраця усіх учасників процесу. На даному етапі психолог виступає розробником методів, прийомів допомоги дитині, а педагог (вихователь) – їх реалізатором.

3. Змістова наповненість корекційної роботи визначається провідним видом діяльності дитини в певному періоді, наприклад, предметно-маніпулятивною, ігровою. Психологічна корекція має бути способом організації життєдіяльності та орієнтованою на вікові особливості дитини.

4. Корекційна робота має орієнтуватися на зону найближчого розвитку. Мається на увазі використання завдань такого рівня складності, що може бути засвоєний дитиною при наданні допомоги дорослим. Причому важливим (навіть з діагностичною метою) є аналіз того, як дитина сприймає цю допомогу. Визначення зони найближчого розвитку дозволить підібрати форму, вид, структуру корекційної допомоги, а це, в свою чергу, забезпечить індивідуальний, диференційований підхід до кожної дитини.

У системі психологічної корекції розумово відсталих дітей дошкільного віку були визначені такі орієнтовні напрямки:

1. Формування взаємодії дитини з навколишнім світом, як в системі «дитина-дорослий», так і в системі «дитина-предметний світ» шляхом організації спільної гри дитини з дорослими та однолітками.

2. Навчання дитини самостійно організовувати свою діяльність реалізується в грі, продуктивних видах діяльності тощо.

3. Формування практичних і розумових дій – операційної складової діяльності. Організовується в ході предметної, а також ігрової (сюжетно-рольові, дидактичні ігри) діяльності.

С. Ширк і Р. Расел [265] пропонують власну модель психологічної корекції та психотерапії. Автори працювали в галузі психопатології розвитку дітей та пропонували відмовитися від використання загальноприйнятих та відомих методів психотерапії та психокорекції. На противагу цьому вони

запропонували пов'язувати планування втручання з врахуванням патогенних процесів. С. Ширк і Р. Расел зосередилися на трьох основних сферах розвитку: когнітивній, емоційній, міжособистісній. У когнітивній сфері патогенні процеси можуть виражатися в дефіциті знань та навичок. В емоційній сфері патогенні процеси можуть включати блокування доступу до почуттів, погане розуміння емоцій або нездатність регулювати власний афективний стан і справлятися з ними. В міжособистісній сфері патогенні процеси можуть виникати у зв'язку з неспроможністю батьків підтримати дитину, її прагнення та якісні орієнтири, підтвердити її позитивну самооцінку. Саме комплексний підхід до розуміння особистості дитини з порушеннями в розвитку дозволить фахівцю розробити план психологічної корекції. Схему психологічної корекції з урахуванням загальних психологічних теорій необхідно розширити, використовуючи поведінково орієнтовані та системні втручання (табл. 3.1) [32].

Таблиця 3.1

Інтеграція теорій у процес психологічної корекції дітей з різними варіантами порушень у розвитку (С.Ширк, Р.Расел, Ч.Венар, П.Керінг)

Теорії	Патологічний процес		Пов'язаний процес змін
Психодинамічна	Внутрішній конфлікт	Симптоми є компромісом між імпульсом і захистом від його вираження	Інсайт/ інтерпретація
	Его-дефіцит	Дефіцити, пов'язані з розвитком особистості, є наслідком нездатності оточення задовольнити емоційні потреби дитини	Корегуючий емоційний досвід
Гуманістична	Низька самооцінка	Психопатологія є наслідком почуття неадекватності, низької самооцінки та недостатнього самоприйняття	Підтвердження цінності/підтримка
	Емоційна блокада	Психопатологія є наслідком тих почуттів, котрі не виражаються і не приймаються	Заохочення емоційної експресії

Продовж. табл. 3.1

Поведінкова	Деадаптивне обумовлення	Проблемна поведінка виникає, коли встановлюється дезадаптивний зв'язок між стимулом і реакцією	Переобумовлення з метою вироблення більш адаптивних реакцій
	Несприятливі ситуативні впливи	Проблемна поведінка виникає в результаті покарання, підкріплення і моделювання	Зміна ситуативних факторів
Когнітивна	Когнітивний дефіцит	Психопатологія виникає, коли дитині бракує необхідних когнітивних навичок для того, щоб впоратися з життєвими проблемами	Формування навичок
	Когнітивне спотворення (викривлення)	Спотворені, дезадаптивні інтерпретації дають початок психопатології	Зміна когнітивної схеми
Сімейних систем	Сплутаність – роз'єднаність	Дуже жорсткі або розмиті межі заважають членам сім'ї задовольняти потреби, пов'язані з розвитком	Реструктурування, зміцнення або ослаблення кордонів
	Триангуляція	Розмиті кордони заважають членам сім'ї задовольняти потреби, пов'язані з розвитком. Сформовані трикутники і коаліції нав'язують членам сім'ї невідповідні ролі	Реструктурування, детриангуляція

Психодинамічна теорія розвитку є одними з останніх напрацювань в психоаналітичному напрямку. Окрім З. Фрейда, основоположником даної теорії є П.Фонагі [248].

Психодинамічні підходи не завжди дозволяють проаналізувати наслідки, проте М. Таргет та П. Фонагі [267] вивчили ефективність психоаналітичного підходу, орієнтованого на розвиток. Вони отримали значні результати саме в роботі з дитячими тривогами та депресіями.

П.Фонагі з колегами вважають, що в основі дитячої психопатології лежить порушення розвитку «я». Невдалі спроби встановлення близьких відносин з батьками позбавляють дитину можливості отримати соціальний досвід, що сприяє формуванню позитивного, не спотвореного погляду на себе та оточуючих [268].

Завданням психодинамічної теорії розвитку є усунення перешкод, що заважають дітям нормально розвиватися. Це досягається за допомогою забезпечення їх корегуючим досвідом. Для покращення рефлексивних процесів психолог допомагає дітям спостерігати за їх власними емоціями, розуміти й позначати їх, а також усвідомлювати зв'язок між їх поведінкою та почуттями. Відповідна мета може досягатися за допомогою використання метафор. Після цього психолог допомагає дитині розвинути здатність до розуміння інших людей (однолітків, дорослих). На кінцевому етапі використання психодинамічної теорії розвитку в психокорекційних цілях психолог розвиває в дітей вміння грати. Це вміння є найважливішим для набуття когнітивних здібностей, оскільки воно вимагає від дитини весь час пам'ятати про існування двох реальностей – реальної та вигаданої. Психодинамічна теорія не є дієвою в роботі з розумово відсталими дітьми, особливо дошкільного віку, оскільки потребує розуміння проблеми, спостережливості та розуміння власних почуттів та емоцій, а також інших людей. В рамках даної теорії лише це розуміння дозволить говорити про позитивні результати психологічної корекції.

Наступним напрямком, в якому можна реалізовувати психокорекційні впливи, є гуманістична теорія. Вона ще носить назву клієнтцентованої або не директивної. Ця теорія чітко відрізняється від психоаналітичної та поведінкової терапії. Гуманістичний психолог-психотерапевт ніколи не інтерпретує й не говорить клієнту, як йому вирішувати свої проблеми, як це відбувається в поведінковому напрямку. Натомість психолог, який працює в цьому напрямку прагне створити вільну, довірливу атмосферу, в якій може відбуватися зростання клієнта. Засновником, основоположником гуманістичної теорії є К. Роджерс [169].

В центрі психокорекційної роботи за даною теорією постійно перебувають почуття дитини, оскільки саме вони дають поштовх до розвитку. Процес терапії є клієнтцентованим, що дає дитині можливість обирати тему для обговорення. В. Екслейн [225] повніше інших втілила

принципи К. Роджерса в дитячій терапії. Основні принципи її роботи з дітьми полягають у використанні ігрового матеріалу. Цей матеріал простий і призначений для самовираження – ляльки, фігурки тварин, глина, пісок, іграшковий будівельний матеріал тощо. Конструктори та настільні ігри, що потребують певних навичок, не використовуються, оскільки тоді гра стає директивною й структурованою, а в даному напрямку поведінка дитини має бути індивідуальною та варіативною. Гра застосовується не як основа для інтерпретації, психолог обмежує свої функції відображенням емоційних переживань, що виявляються дитиною в ході гри. Відображення психологом думок та переживань дитини вказує на активну позицію психолога по відношенню до дитини, він її активно сприймає. Тому в такій сприятливій атмосфері дитина починає аналізувати ті почуття, які колись були недоступні для її свідомості.

Психолог, який працює в рамках гуманістичної теорії повністю довіряє здатності клієнта вирішити свої проблеми з мінімумом настанов зі сторони. Після обговорення основних правил роботи і загальних вимог до процедури гуманістичний психолог надає дитині ініціативу ведення заняття. Психолог доносить до дитини те, що він повністю їй довіряє в вирішенні своїх проблем.

Для розумово відсталих дітей психологічна корекція з використанням гуманістичної теорії не є ефективною. Робота з такими дітьми обов'язково має відбуватися під чітким керівництвом дорослого за допомогою систематичних рекомендацій та підкріплень. У психологічній корекції розумово відсталих дітей дошкільного віку ми не можемо говорити про те, що дитина має сама керувати процесом.

Надаючи психокорекційну допомогу психолог може організовувати свою роботу в межах поведінкової теорії. Вона характеризується вивченням фахівцями специфічної поведінки, що спостерігається в даний час у дитини. Загальні зміни поведінки слугують принципами, на основі яких базуються корекційні втручання. Принципи навчання, а саме класичне обумовлення,

оперантне навчіння й наслідування, складають основу процедур поведінкової терапії.

Дж. Вольпе, Р. Моріс користувалися в своїх роботах принципами поведінкової теорії. Вони відзначали, що для того, щоб розпочати корекцію, необхідно спочатку навчити дитину релаксації, потім вона повинна скласти список подразників, що викликають у неї негативні переживання. Дієвим методом роботи в даному напрямку є використання системи винагороди та покарання. Існують два види позитивних наслідків поведінки: нагорода або позитивне підкріплення, і видалення негативного стимулу, або негативне підкріплення. Існує також два види негативних наслідків поведінки: позитивне покарання або застосування негативного стимулу, і негативне покарання або видалення приємного стимулу. В даному напрямку залучають до роботи не лише психолога, а й батьків, які не тільки впроваджують ці програми, а й можуть контролювати широкий спектр поведінкових проявів дитини за межами психологічного заняття [260].

Згідно з положеннями поведінкової теорії можна використовувати не лише словесні підкріплення дитини, а й видавати дитині, наприклад, жетони за позитивну поведінку, які згодом вона може обміняти на винагороду. Як покарання за негативну поведінку ці жетони можуть відбиратися. Також в якості покарання використовують систему «тайм-аутів» - коротких періодів тимчасової ізоляції.

Важливою формою роботи в поведінковій терапії є робота з батьками. Її суть полягає в тому, щоб навчити батьків реагувати на дитину більш ефективно. Батьки вчаться обмірковувати пов'язані з вихованням дитини проблеми в поведінкових термінах. Їх навчають виявляти, визначати й спостерігати проблемну поведінку, в результаті тренінгів вони починають краще усвідомлювати свою роль у підтримці поганої поведінки дитини та можуть відмовитися від власних негативних проявів.

Когнітивна теорія відрізняється від поведінкової підвищеною увагою до психічних процесів людини. На відміну від поведінкових психологів,

прихильники когнітивної теорії не змінюють негативні соціальні фактори, що впливають на проблемну поведінку дитини, а звертають основну увагу на дизфункціональні та дезадаптивні уявлення, що лежать в основі патологічної поведінки. Основна мета когнітивної терапії – зміна способу мислення дитини. Якщо цього вдається досягти, змінюється і її поведінку.

Когнітивна теорія призначена для психологічної корекції широкого спектру дитячої психопатології, включаючи депресії, зловживання психоактивними речовинами, тривожність, протиправні сексуальні дії, інші розлади поведінки, порушення спектру аутизму тощо.

За результатами досліджень когнітивна теорія є більш ефективною при роботі з підлітками, ніж з дітьми дошкільного та молодшого шкільного віку, тому, ця психологічна теорія більшою мірою орієнтована на дорослих [2; 17; 198]. Дж. Вайс з колегами [33] вважають, що когнітивна терапія була б ефективнішою, якщо б вона враховувала особливості дитячого розвитку.

Когнітивна теорія в роботі з розумово відсталими дітьми з синдромом гіперактивності не є дієвою, тому що вона спрямована на корекцію дезадаптивних форм поведінки через усвідомлення їх причин та намагання знайти вихід з цієї ситуації.

Беручи до уваги важливу роль сімейної системи в етіології порушень у розвитку, немає нічого дивного в тому, що представники різних психотерапевтичних шкіл, включаючи біхевіористів, когнітивних терапевтів і психоаналітиків, адаптували свої методики для роботи саме з сім'ями. Проте всі методики для роботи з окремими людьми в контексті сім'ї слід відрізнити від підходів, орієнтованих на лікування всієї сім'ї як системи. Основним положенням теорії сімейних систем є розуміння того, що сім'я – це динамічна система, самостійне утворення, що не зводиться до взаємодії між її членами.

Для того, щоб сприяти позитивній динаміці в сімейних стосунках, психолог повинен стати частиною сімейної системи. Він має прийняти уклад родини, й продемонструвати ті аспекти своєї особистості та життєвого

досвіду, які схожі з відповідними аспектами членів сім'ї. Наступна стадія процесу психологічної корекції пов'язана з програванням транзактних патернів. При цьому сімейний психолог спонукає членів родини не стільки говорити про особливості своїх стосунків, скільки їх демонструвати. Це допоможе психологу продіагностувати наявні в сім'ї проблеми. Програвання членами родини звичних патернів спілкування в ході заняття не тільки дозволяє психологу побачити звичайну сімейну обстановку, але й допомогти їм у ході спілкування, усвідомити властиві їм особливості поведінки.

Проаналізувавши теорії психологічної корекції та психотерапії ми дійшли до висновку, що в роботі з розумово відсталими дітьми з синдромом гіперактивності найбільш дієвими є використання теорії сімейних систем, оскільки робота з батьками гіперактивних дітей є одним з пріоритетних напрямків нашої роботи. Лише зміна поведінки батьків дозволить сприяти зміні поведінки дитини. Також деякі елементи будуть запозичені з поведінкової теорії. Адже вона передбачає активне залучення до процесу психолога вихователів та батьків, впровадження системи заохочень та покарань тощо. Саме враховуючи надбання поведінкової теорії при психологічній корекції батьки вчаться реагувати на поведінкові прояви дітей більш ефективно. Проте, враховуючи усі позитивні сторони поведінкової терапії, не можна говорити про її повноцінне застосування для розумово відсталих дітей дошкільного віку.

У процесі психологічної допомоги дітям з порушеннями емоційної та поведінкової сфер необхідно враховувати складну структуру їх дефекту. Надзвичайно важливу роль відіграє визначення первинного, вторинного, а також третинних дефектів – усвідомлення ієрархії порушень. Також важливим є розуміння характеру біологічних та соціальних чинників, що впливають на виникнення відповідних станів та їх розвиток.

Психологічна корекція та виховання гіперактивної дитини має проводитися комплексно, за участю багатьох фахівців: невролога, психолога,

педагога (вихователя) та ін. Але навіть у цьому випадку допомога не буде ефективною без залучення батьків.

Мультимодальна програма допомоги дітям з синдромом гіперактивності включає: просвітницькі бесіди з дитиною, батьками, вихователями (вчителями); навчання батьків і вихователів (вчителів) поведінковим програмам; розширення кола спілкування дитини через відвідування різних гуртків і секцій; медикаментозна терапія; аутогенне тренування.

Програма корекції синдрому гіперактивності включає як роботу з основними його ознаками: гіперактивність, імпульсивність, порушення уваги, так і з вторинними розладами, а в поєднанні з розумовою відсталістю - третинними. М. Заваденко [62] підкреслює, що це можуть бути: порушення координації, емоційної сфери, порушення у сфері міжособистісного спілкування тощо. За такої багатофакторності синдрому гіперактивності корекційний процес має бути цілеспрямованим, тривалим та комплексним.

І. Брязгунов і Е. Касатікова [28] провідну роль у корекції синдрому гіперактивності відводять саме поведінковій психотерапії, що включає в свою роботу не лише дітей, а й їх найближче оточення. Проте, відповідно до місця реалізації (сім'я, дитячий садок, школа), корекційні програми будуть мати свою специфіку.

Психолог спільно з вихователем й батьками має проводити психологічну корекцію емоційної сфери та поведінки дитини. Така робота може проходитися як в індивідуальній, так і в груповій формах.

Ознайомившись з основними психологічними теоріями, ми дійшли висновку, що корекційна робота з розумово відсталими дітьми з синдромом гіперактивності має відбуватися за трьома напрямками [111]: 1) розвиток дефіцитарних функцій (уваги, контролю поведінки, рухового контролю); 2) відпрацювання конкретних навичок взаємодії з дорослими та однолітками; 3) робота з гнівом.

Робота за цими напрямками може здійснюватися паралельно, або, залежно від конкретного випадку, за одним пріоритетним напрямком.

Серед методів корекційної допомоги значну роль відводять ігротерапії. Так, роль гри у розвитку емоційної сфери при розумовій відсталості розглядали В. Гарбузов [41], О. Гаврилушкіна [39], Є. Кузьміна [93], М. Кузьмицька [35], Л. Носкова [88] та ін. фахівці, оскільки саме гра є провідним видом діяльності в дошкільному віці. Однак у розумово відсталих дітей виявляються істотні відхилення, розвиток ігрової діяльності протікає уповільнено, залишаючись одним із провідних видів діяльності навіть протягом молодшого шкільного віку.

Є. Кузьміна підкреслює [93], що гра має велике корекційне значення в розвитку емоційної сфери. Вона зазначає, що в процесі гри діти з розумовою відсталістю висловлюють свої почуття, найбільш повно задовольняють свої потреби, вступають в контакт зі своїми однолітками, вчаться спільній колективній діяльності, а також у них формуються позитивні якості особистості, розвиваються пізнавальні здібності, виникає інтерес до навчання. Ігрова діяльність викликає такий емоційний стан, при якому активізуються та мобілізуються їх можливості, здібності актуалізувати соціальний досвід, нейтралізуються негативні емоційні переживання. У грі вони роблять те, що поза грою їм здається нецікавим і важким.

В. Гарбузов [41] вказує на важливе корегуюче значення сюжетно-рольової гри, оскільки вона є творчою, емоційно насиченою та привабливою для дітей і створює сприятливі умови для розвитку емоційної сфери. Для дітей з інтелектуальними порушеннями емоційна організація гри є важливою особливістю. Проводячи корекційну роботу, психолог своєю поведінкою, емоційним настроєм повинен викликати у дитини позитивне ставлення до гри, забезпечити її бажання діяти разом з ним і досягти позитивного результату в розвитку емоційної сфери.

Спеціалісти в галузі спеціальної психології в своїх дослідженнях відзначають, що при доборі ігор необхідно визначити природу та структуру

дефекту, особистісні особливості дитини, позитивні сторони та потенційні можливості. Тому необхідною умовою є те, щоб усі ігри, що застосовуються в структурі психологічної корекції, були доступними для дітей з розумовою відсталістю, а також знаходилися в їх «зоні найближчого розвитку».

Проблема застосування ігротерапії для розумово відсталих дітей знайшла своє відображення в роботах І. Воропаєвої, Є. Кістенєвої, М. Чистякової [36; 83; 212].

Важливою для нашого дослідження є робота М. Чистякової, в якій пропонуються ігрові вправи для розвитку емоційної сфери, враховуючи вікові особливості дитини. Автор зазначає, що завдяки ігровим методикам з залученням роботи м'язів обличчя й тіла забезпечується активна розрядка емоцій. М. Чистякова рекомендує залучати до виконання вправ віршований текст, музичне оформлення, казкових героїв, різні життєві ситуації [212].

Отже, ігрову діяльність можна віднести до універсальних засобів корекції емоційного недорозвитку розумово відсталих дітей, вона забезпечує широкі можливості цілеспрямованого розвитку психічної активності та всіх сторін особистості. У грі засвоюється й накопичується соціальний досвід, активізуються можливості та здібності, нейтралізується негативний досвід.

З метою корекції емоційних станів широко застосовується музикотерапія. Надзвичайно цікавим та інформативним на цю тему є дослідження М. Лазарєва [97]. Автор зазначає, що для того, щоб діти зі зниженим інтелектом навчилися відчувати та адекватно реагувати на емоційні переживання, втілені в музичних творах, необхідно використовувати ігрові ситуації. Елементи гри вводяться за допомогою різних музичних інструментів: маракасів, бубнів тощо. Саме живе звучання завжди створює на заняттях позитивну емоційну атмосферу.

Л. Виготський підкреслював [38], що при корекції емоційної сфери розумово відсталої дитини необхідно враховувати включення дитини в творчу діяльність. Учений зазначав, що особливу роль в активізації творчих проявів у розумово відсталих дітей грає художня діяльність.

На думку О. Леонтєва [103], малювання відіграє важливу роль у формуванні позитивних емоцій розумово відсталих дітей, оскільки саме воно як форма діяльності включає в себе залучення багатьох пізнавальних процесів та активізує глибинні сторони особистості.

Вивченням позитивного впливу малювання на центральну нервову систему займалися А. Гройсман, І. Райков, які вказували на психокорекційний вплив живопису на людину, особливо, за її активної участі в образотворчій діяльності [52].

Т. Головіна, І. Грошенков підкреслюють, що під впливом занять малюванням відбуваються суттєві зміни в поведінці дітей, створюються сприятливі умови для мобілізації позитивних можливостей, що дозволяє успішно керувати їх емоційною сферою [47; 53].

Отже, образотворча діяльність має велике значення в плані корекції негативних поведінкових та емоційних станів. Малювання – це творчий акт, що дозволяє дітям відчувати радість звершень, бути самим собою, вільно висловлювати свої почуття і переживання. Корекційна робота з розвитку емоційної сфери розумово відсталих дітей у процесі образотворчої діяльності повинна бути систематичною й цілеспрямованою. Вона повинна сприяти розвитку позитивних емоцій та подоланню страхів, тривожності й депресивності.

У роботі з розумово відсталими дітьми творчі види діяльності залишаються одними з основних методів психологічної корекції. Вони не потребують усвідомлення та розумових зусиль, а сприяють розкриттю вмінь та особистісних особливостей таких дітей. При корекції синдрому гіперактивності музикотерапія, ізотерапія, казкотерапія, ігротерапія дозволяють найактивніше залучити дитину в процес, зацікавити її, зосередити увагу на більш тривалий час.

Отже, аналіз загальної та спеціальної науково-методичної літератури показав, що існують наступні теорії до корекції синдрому гіперактивності у дітей дошкільного віку з розумовою відсталістю: психодинамічна,

гуманістична, поведінкова, когнітивна, сімейних систем. У нашому дослідженні ми не можемо застосовувати лише одну з них, оскільки кожна має свої недоліки для роботи з даною категорією дітей. Тому при психокорекції синдрому гіперактивності у розумово відсталих дітей ми будемо ґрунтуватися на підходах поведінкової теорії та сімейних систем, оскільки саме вони сприятимуть ефективній організації поведінки дитини та залученню до роботи батьків та вихователів.

3.2. Психолого-педагогічні технології корекції синдрому гіперактивності у дітей дошкільного віку з розумовою відсталістю

Як зазначалося вище, надання кваліфікованої допомоги розумово відсталій дитині з синдромом гіперактивності – це комплексна робота психолога, невролога, педіатра, лікаря лікувальної фізкультури, логопеда, корекційного педагога, батьків, вихователів тощо.

Формувальний етап дослідження розпочався після постановки точного діагнозу кожній дитині психологом та лікарем. Спеціалістами були виявлені порушені функції, проводилася диференційна діагностика супутніх розладів. Це дозволило виявити, який тип та форма синдрому гіперактивності переважають у дитини.

На основі цього була побудована індивідуальна схема психолого-педагогічної корекції та лікування в цілому.

Психологічну корекцію синдрому гіперактивності у розумово відсталих дітей ми розглядаємо як комплексний, цілісний, безперервний процес впливу на дитину, що має починатися в дошкільному віці. Вона полягає в сукупності заходів, спрямованих на раннє виявлення синдрому гіперактивності, визначення чинників, що його спричиняють, та вплив на них за допомогою комплексу прийомів, методик і технік, які є найдієвішими для досягнення конкретного завдання – зниження проявів синдрому гіперактивності, а також повна його корекція з метою не допустити переходу

в дорослий вік. Психокорекційна робота з розумово відсталими дітьми з синдромом гіперактивності складалася з діагностичного, корекційного та консультативного блоків.

На етапі діагностики проводилося дослідження розумово відсталих дітей дошкільного віку з порушеннями поведінки. За допомогою розроблених вище критеріїв (див. 2 розділ) було вивчено дітей з проявами гіперактивності, імпульсивності. З метою виявлення дітей саме з синдромом гіперактивності нами був застосований комплекс діагностичних процедур. Найбільш інформативними та ефективними методами діагностики синдрому гіперактивності у розумово відсталих дітей став метод спостереження у поєднанні з проєктивними методиками та опитуваннями батьків і вихователів. Зокрема, метод спостереження дозволив виявити поведінкові порушення у дітей в природних умовах, не втручаючись у діяльність дитини. Для виявлення синдрому гіперактивності важливими є результати опитування батьків та вихователів, які мають можливість перебувати з дитиною в різних сферах її діяльності. З цією метою було застосовано напівструктуроване клінічне інтерв'ю на основі критеріїв DSM-IV, опитувальник Т. Ахенбаха та Вандербільт. Було досліджено внутрішньосімейні стосунки, оскільки, по-перше, синдром гіперактивності може бути генетично зумовленим порушенням, по-друге, інші поведінкові порушення можуть бути викликані негативним стилем сімейного виховання. На цьому етапі застосовувався опитувальник батьківського ставлення А. Варги, В. Століна. Методики «Коректурна проба» були використані для вивчення порушення уваги у дітей з розумовою відсталістю, оскільки одним з основних симптомів синдрому гіперактивності є відволікання, швидке виснаження уваги.

Для дітей дошкільного віку з розумовою відсталістю найбільш інформативними та дієвими є проєктивні методики. У дослідженні були використані проєктивний тест «Кактус», кольоровий тест Люшера, оскільки вони дають можливість дослідити невербальну інформацію, а також

помітити прояви імпульсивності та гіперактивності. Враховуючи особливості розумово відсталих дітей дошкільного віку деякі із запропонованих в дослідженні методик потребували адаптації та модифікації. За допомогою даних методик було виявлено дітей з синдромом гіперактивності, визначено форми та типи даного порушення у розумово відсталих дітей.

Корекційний блок включав застосування комплексної психокорекційної програми, яка являла собою комплекс корекційних психолого-педагогічних технологій, спрямованих як на роботу з дитиною з синдромом гіперактивності, так і на роботу з батьками, вихователями та всіма зацікавленими особами. Підібрані психокорекційні технології були спрямовані на всі сфери особистості з метою цілісного, всебічного розвитку розумово відсталих дітей, оскільки синдром гіперактивності є складним порушенням та зачіпає всі сфери людського життя.

Консультативний блок включав проведення систематичних консультацій з батьками, вихователями, психологами, адміністрацією спеціального закладу. Першочерговим завданням даного блоку було інформування батьків та вихователів про проблему, про те, які можуть бути її причини та наслідки. Під час інформативних бесід ми визначали взаємини між дітьми та батьками, вихователями, фіксували некоректні стилі взаємодії з дитиною з синдромом гіперактивності та негативний вплив, що перешкоджає її гармонійному розвитку. Важливим завданням було навчити батьків та вихователів адекватним способам сприйняття гіперактивної дитини, ефективним, позитивним способам взаємодії з нею, розумінню ситуації, пов'язаної з синдромом гіперактивності у дитини. Наголошувалося, що психокорекція буде дієвою лише тоді, якщо і батьки і вихователі будуть активно брати в ній участь. З цією метою розроблялися рекомендації для батьків та вихователів.

Також протягом усього дослідження батьків та вихователів час від часу інформували про хід роботи, про досягнення дітей під час корекції, а також надавали їм інструкції та зауваження в разі виникнення проблем. З деякими

батьками проводилися позачергові зустрічі у випадках, якщо вони не дотримувалися рекомендацій.

Сучасні підходи до корекції синдрому гіперактивності передбачають застосування спеціалістами широкого спектру медико-психолого-педагогічної допомоги, зокрема:

1. Значну допомогу в корекції мають надавати психологи, соціальні та корекційні педагоги, організовуючи заходи поведінкової терапії. Корекційні програми мають бути орієнтовані на дошкільний вік. В даному віці мозок відмічається великою пластичністю та компенсаторними можливостями, що дозволяє очікувати значно кращі результати в бік покращення стану дитини.

2. Психотерапія (елементи візуалізації, аутогенного тренування, сімейна психотерапія) як метод психологічної допомоги розумово відсталим дітям з синдромом гіперактивності є результативною в більш складних випадках, коли дитина вже пізнала на собі всі негативні наслідки даного захворювання. Проте, як метод радикального лікування психотерапія неефективна. Психотерапія може залучити до корекційного процесу як саму дитину, так і її батьків.

3. Тренування виконавчих функцій відбувалося за допомогою спеціальних ігор, зокрема комп'ютерних ігор, здатних тренувати певну психічну функцію дитини. Позитивною характеристикою комп'ютерних ігор є те, що діяльність обмежена дисплеєм, що дозволяє дитині краще концентрувати свою увагу. Використовувалися також спортивні ігри або ігри з казково-магічними сюжетами.

4. Для допомоги розумово відсталим дітям з синдромом гіперактивності була застосована медикаментозна терапія. Дітям з синдромом гіперактивності призначалися психостимулятори та антидепресанти. Проте лише їх прийому для корекції синдрому було недостатньо. У ході численних досліджень було підтверджено, що застосування психолого-педагогічних методів корекції синдрому

гіперактивності дозволяє досить успішно і на більш тривалий час коригувати порушення поведінки й труднощі у навчанні таких дітей, ніж використання ліків. Медикаменти призначаються у віці не раніше 6 років і тільки за індивідуальними показаннями: у тих випадках, коли порушення когнітивних функцій і відхилення в поведінці не можуть бути подолані за допомогою психолого-педагогічних і психотерапевтичних методів корекції.

5. Фізична реабілітація була обов'язковою та включала спеціальні вправи, спрямовані на відновлення поведінкових реакцій, вироблення координованих рухів із довільним розслабленням скелетної та дихальної мускулатури. Використовувалися фізичні вправи, що мають аеробний характер, тривалі ритмічні прогулянки, біг, плавання, фігурне катання, велоспорт, танці. У спортивних іграх відбувалося перетворення безцільної рухової активності на цілеспрямовану.

Основний акцент у роботі з дітьми з синдромом гіперактивності робився на застосуванні психологічної корекції. Виправляючи синдром гіперактивності використовувалася не лише ігротерапія, а й ізотерапія, робота з піском, водою, м'якими матеріалами (пластилін, глина). Ці всі прийоми корекційного впливу допомагають розумово відсталій дитині з синдромом гіперактивності зняти напругу.

На сьогодні існує безліч психокорекційних вправ, що використовуються як в індивідуальній, так і груповій роботі з дітьми. Проте враховуючи особливості розумово відсталих дітей, їх вік, обмежений старшим дошкільним віком, а також коморбідні розлади, ми вважали за доречне застосування широкого спектру прийомів з наступних методів: ігротерапія, арт-терапія (ізотерапія, казкотерапія, музикотерапія, танцювальна терапія тощо), поведінкова терапія (тренінги, психогімнастика), соціальна терапія.

Ігротерапія користується великою популярністю саме в роботі з дітьми, оскільки вона відповідає можливостям та завданням їх розвитку. У нашому

випадку гра є провідним видом діяльності дошкільників, що підкреслює необхідність застосування саме цього методу.

У роботі з розумово відсталими дітьми з синдромом гіперактивності була застосована арт-терапія з метою гармонізації розвитку особистості через розвиток здібностей, самовираження та самопізнання. Розширення можливостей самовираження та самопізнання в мистецтві, в порівнянні з грою, пов'язане з його продуктивним характером – створенням нових естетичних продуктів, що об'єднують в собі почуття, переживання й здібності дитини, полегшують її процес комунікації з оточуючими людьми.

У дослідженні були застосовані такі види арт-терапії (в залежності від характеру творчої діяльності та кінцевого продукту): малюнкова терапія (ізотерапія), музикотерапія, танцювальна терапія, казкотерапія та ін.

Застосування методів арт-терапії у корекційній роботі з розумово відсталими дітьми сприяє ефективному емоційному реагуванню, полегшує процес комунікації для замкнених, сором'язливих або слабо орієнтованих на однолітків дітей: розвиває довільність і здатність до саморегуляції, усвідомлення дитиною своїх почуттів, переживань і емоційних станів. Арт-терапія сприяла формуванню позитивної Я-концепції та підвищенню впевненості в собі за рахунок соціального значення кінцевого продукту її творчої діяльності.

Для психокорекції поведінкових та емоційних порушень розумово відсталих дітей дошкільного віку арт-терапія є провідним методом корекційної роботи. За її допомоги дитина може вивільнити надмірну активність, імпульсивність, знизити рівень тривожності, розвинути почуття самоконтролю над емоціями, навчитися різним способам адекватної комунікації в колективі, а різноманітність та яскравість прийомів та технік дозволяє розумово відсталій дитині краще концентрувати увагу на виконанні завдання.

У процесі психокорекції застосовувався метод ізотерапії: робота з піском, водою, м'якими матеріалами (пластилін, глина). Це допомагало

розумово відсталій дитині з синдромом гіперактивності зняти напругу, проте терапія з водою та піском у дослідженні використовувалися лише індивідуально з урахуванням особистісних якостей дитини, віку, особливостей її первинного діагнозу та коморбідних розладів, адже такі матеріали можуть викликати й протилежні прояви – підвищену рухову активність, агресивність, тривожність тощо.

Для розумово відсталих дітей з синдромом гіперактивності в психологічній корекції були використані також такі прийоми психотерапії, як аутогенні тренування, візуалізація, тілесно-орієнтована терапія тощо.

Під візуалізацією розуміють релаксацію, уявне поєднання, побудову контакту з уявним предметом, картиною або процесом. Візуалізація певного символу, картини, процесу призводить до позитивного ефекту, створює умови для відновлення розумової та фізичної рівноваги (розслабляє, стимулює захисні системи організму, збільшує кровообіг в певній ділянці тіла, уповільнює пульс та ін.). Проте для розумово відсталих дітей цей метод є досить складним та потребує тісної взаємодії з психологом.

З метою підсилення результату поведінкової терапії було використано аутогенне тренування, що включало серію релаксаційних вправ. М'язове розслаблення, що досягалося при аутогенному тренуванні, впливало на функції центральної та периферійної нервової системи, стимулювало резервні можливості кори головного мозку, підвищувало рівень довільної регуляції різних систем організму, знижувало психологічний дискомфорт в незнайомих ситуаціях, допомагало успішніше справлятися з різними завданнями.

Як різновид аутогенного тренування релаксаційний тренінг проводився під час індивідуальної та групової психологічної роботи, в спортзалах або в звичайному приміщенні дитячої групи. Як тільки діти навчалися розслаблятися під керівництвом психолога, вони починали це робити самостійно, що впливало на їх самоконтроль та самооцінку.

На діагностичному етапі за допомогою клініко-анамнестичного аналізу, біографічного інтерв'ю з батьками розумово відсталих дітей, спостереження, напівструктурованого клінічного інтерв'ю з батьками та вихователями на основі критеріїв DSM-IV, опитувальників Т.Ахенбаха та Вандербільт, опитувальника батьківського ставлення А.Варги, В.Століна, методики «Коректурна проба», проективного тесту «Кактус», кольорового тесту Люшера із 143 обстежуваних дошкільників з розумовою відсталістю було виявлено 52 дитини (36,4 %), які мають синдром гіперактивності.

Відповідно до симптомів, що переважали в структурі порушення, розумово відсталих дітей було розподілено за трьома типами синдрому гіперактивності: емоційно нестійкий, імпульсивний, астеничний типу. Також за ступенем тяжкості було виділено в кожному типі три форми: легка, середня, тяжка.

На основі виділених типів синдрому гіперактивності у розумово відсталих дітей були складені корекційні програми, підібрані методи та методики впливу на них з урахуванням домінуючих симптомів.

Мета психокорекційної програми полягала у формуванні соціально-адаптивної поведінки, навчанні навичкам саморегуляції розумово відсталих дошкільників з синдромом гіперактивності.

Основні завдання програми психологічної корекції синдрому гіперактивності у розумово відсталих дітей дошкільного віку полягали у:

1. Навчанні дитини релаксації, управлінню власними емоціями.
2. Створенні позитивної мотивації, ситуацій успіху.
3. Корекції негативних форм поведінки.
4. Навчанні комунікативних навичок та збагаченні досвіду спілкування, розвиток навичок міжособистісної взаємодії.

Організовуючу процес психологічної корекції синдрому гіперактивності розумово відсталих дітей ми спиралися на вимоги, висунуті М. Шевченко [218]:

1. Розвиток і тренування слабких функцій необхідно проводити в доступній для дитини формі, тобто спиратися на провідний вид діяльності. Дотримання такої вимоги значно підвищує концентрацію уваги дитини на завданні та сприяє її самоконтролю.

2. Методики, що застосовуються до дитини, мають бути спрямовані на тренування лише однієї функції, адже паралельне дотримання декількох умов діяльності викличе у гіперактивної дитини суттєві ускладнення.

Психологічна корекція синдрому гіперактивності у розумово відсталих дітей експериментальної групи здійснювалася в трьох формах: індивідуальна, парна, групова. Діти з синдромом гіперактивності не мають багато друзів, вони легко піддаються стресам, що призводить до виникнення у них відчуття ізолюваності, приреченості тощо. Тому для таких дітей досить складно переходити від індивідуальної до групової форми роботи. У процесі роботи діти вчилися знаходити та розвивати свої сильні якості. Перші корекційні заняття відбувалися в індивідуальній формі. Після ряду проведених занять застосовувалася парна та групова психокорекція.

Комплексна психолого-педагогічна програма включала: систему психокорекційних вправ та ігор; арт-терапевтичні завдання; релаксацію; дихальні вправи та техніки; окорухові вправи; вправи для розвитку дрібної моторики; функціональні вправи; інформативну роботу з батьками дитини та вихователями спеціальних дошкільних навчальних закладів, надання їм відповідних рекомендацій.

Заняття з розумово відсталими дітьми дошкільного віку, які мають синдром гіперактивності та на цьому фоні інші коморбідні розлади, проводилися два рази на тиждень спочатку в індивідуальній формі – 20-25 занять, в парах – 12-16 занять, в груповій формі – 25-30 занять. За необхідністю (прояви рухової активності, надмірна імпульсивність, підвищена тривожність, агресивність) кількість занять, що проводилися з дитиною на тиждень, збільшувалася. За віком групи були укомплектовані дітьми старшого дошкільного віку від 5 до 7 років та кількістю по 4-6 дітей.

Цикл занять психологічної корекції був розрахований на 7-8 місяців, при тяжкій формі. Для дітей з синдромом гіперактивності імпульсивного типу була збільшена кількість занять. Відповідно до симптомів порушення та інтелектуального дефекту, індивідуальне заняття тривало від 15 до 20 хвилин, парні заняття - 25-30 хвилин, групове - до 40 хвилин. Під час усіх занять обов'язково чергувалися рухливі вправи та релаксація, а також організовувалися тайм-аути.

Спочатку проводилися індивідуальні заняття, на яких можна краще вивчити особливості дитини, зняти з неї психологічні бар'єри, що час від часу виникають. Після цього відбувалися парні заняття, на яких навчали дитину налагоджувати контакт з однолітками, шукати адекватні способи реагування на різноманітні ситуації. Групові заняття застосовувалися на кінцевому етапі роботи. Вони чергувалися з індивідуальними (1 раз на тиждень індивідуальне заняття, 1-2 рази – групове). У випадках, коли дитина відмовлялася працювати в групі, або з інших причин її робота в групі була неможливою (підвищена гіперактивність, імпульсивність, високий рівень тривожності, патологічні страхи, астенизація), початок групових занять відкладався, індивідуальні заняття продовжувалися.

Робота з надання психокорекційної допомоги розумово відсталим дошкільникам з синдромом гіперактивності відбувалася в три етапи:

1. Підготовчий – знайомство з конкретною дитиною (при індивідуальній формі роботи). При груповій формі роботи – знайомство з групою, утворення групи як єдиного цілого, формування активності, позитивного ставлення до заняття та один одного, емоційна підтримки членів групи.

2. Основний – корекція неадекватних емоційних реакцій один на одного. Витіснялися негативні переживання, дітей вчили самостійному пошуку форм спілкування з однолітками, релаксації, корегувалися негативні форми поведінки.

3. Заключний – формування у дітей адекватного ставлення до себе та оточуючих, спонукання їх до розуміння власної значущості.

Для розумово відсталих дітей дошкільний вік виявляється лише початком розвитку перцептивних дій. На основі виникнення у дитини інтересу до предметів, іграшок починається ознайомлення з їхніми властивостями та відношеннями. Розвиток гри у молодшому дошкільному віці є прямим продовженням предметної діяльності, може виникнути тільки на її основі, на певному рівні її розвитку. Інтерес дітей до предметів, зокрема до іграшок, є короткочасним, оскільки викликаний їхнім зовнішнім виглядом.

Зазначені особливості розвитку розумово відсталих дошкільників і визначали вибір технік для роботи з ними. Основний акцент ставився на застосуванні ігротерапії, спрямованій на розвиток дефіцитарних функцій дітей з психічним недорозвитком, особливо з синдромом гіперактивності. У процесі дослідження було помічено: якщо завдання або гра цікава і приносять задоволення, розумово відстала дитина утримує увагу довший період часу, вона сидить над завданням більш тривалий період, якщо воно є захопливим, а також призводить до позитивних результатів.

Для кращої результативності корекційна робота спиралася на принцип комплексності, тобто використовувалися не лише психологічні методи допомоги, а й методи арт-терапії, залучалися вихователі дитячого садку та батьки таких дітей.

Враховуючи типи синдрому гіперактивності розумово відсталих дітей, виділені в ході психологічної діагностики на основі провідного симптомокомплексу (емоційно нестійкий, астеничний, імпульсивний), програма психологічної корекції відповідала особливостям кожного з них.

Для розумово відсталих дітей дошкільного віку з синдромом гіперактивності астеничного типу результативнішими є релаксаційні вправи та арт-терапевтичні техніки, оскільки діти даного типу характеризуються значними порушеннями уваги, в порівнянні з розумово відсталими дітьми

імпульсивного та емоційно нестійкого типу, підвищеною стомлюваністю, повільністю, труднощами в опануванні новими навичками.

У корекційній роботі з дітьми з синдромом гіперактивності імпульсивного типу переважали рухливі ігри, вправи на вивільнення гніву та агресії, а також психогімнастичні вправи. Обов'язковим аспектом роботи з розумово відсталими дітьми гіперактивно-імпульсивного типу є застосування релаксаційних, дихальних вправ, а також вправ на розвиток дрібної моторики, адже таким дітям властиві руховий неспокій, велика кількість зайвих рухів як ногами, так і руками, непосидючість, балакучість, імпульсивність, агресивні прояви.

У структурі особистості розумово відсталих дітей з синдромом гіперактивності емоційно нестійкого типу, окрім підвищеної активності, переважають емоційна збудливість, невмотивовані коливання настрою, порушення емоційного контакту з оточуючими. У роботі з такими дітьми акцент робився на вправи, що допомагають розуміти та виражати різноманітні емоції, також психо-м'язові тренування, рухливі та релаксаційні вправи.

Під час психологічної корекції використовувалися вправи, розроблені Б. Архіповим, Є. Воробйовою, І. Вигодською, Т. Горячевою, В. Зуєвим, П. Денісоном, Р. Калиніною, Ю. Касаткіною, Н. Ключевою, Л. Константиною, Н. Кряжевою, Є. Лютовою, Г. Моніною, Л. Названою, Є. Пелінгер, К. Рудестам, А. Румєєвою, М. Сигімовою, А. Сиротюк, А. Султановою, Л. Успенською, К. Фопель, О. Хухлаєвою, О. Хухлаєвим, М. Чистяковою, М. Шевченко, Ю. Шевченко та ін.

Для розумово відсталих дітей з синдромом гіперактивності в індивідуальній формі роботи застосовувалися ігри, спрямовані на покращення координації рухів, зняття імпульсивності, емоційної напруги, довільність поведінки: «Знайди відмінності», «Ласкаві лапки», «Клубочок», «Розмова з тілом», «Археологія» (пісочна терапія та робота з крупами), змінений тест «Коректурна проба» в якості корекційного, «Покажи, що не

підходить» (на основі методики «четвертий зайвий»), «Чарівні ляпки» (арт-терапевтична техніка), «Послухай тишу», «Що зникло?», «Фотографія», «Млинок», «Пуантизм» (арт-терапевтична техніка), «Лови-лови», «Як пройти?», «Час тиші та час можна», «Говори!», «Вивільнення гніву», «Спонтанне малювання» (арт-терапевтична техніка) та інші. На розвиток дрібної моторики були спрямовані такі вправи: «Жабка», «Змійка», «Паровозик», «Сова», «Слоник, що малює», «Масаж вушних раковин», «Кільце», «Кулак-долоня-ребро», «Вухо-ніс», «Замок» та інші. Надзвичайно важливим в роботі з гіперактивними дітьми є релаксація. З цією метою ми застосовували вправи: «Поза спокою», «Кулачки», «Олені», «Засмагаємо», «Кораблик», «Кулька», «Пляж», а також психогімнастичні вправи «Будь уважний!», «Запам'ятай своє місце», «Запам'ятай свою позу», «Це я! Це моє!», «Спляче кошеня», «До побачення!» тощо (Додаток Г.1.).

Вправа «Археологія», що була спрямована на розвиток м'язового контролю, не одразу давала результати. Наприклад, в роботі з Миколою Б. першого ж разу, коли хлопчик занурив руку в басейн з піском, це викликало у нього негативні реакції. Він одразу вийняв руку та втік до кутка кімнати. Через деякий час у роботі з Миколкою ми повторили вправу «Археологія», пісок не викликав негативної реакції, навіть під час того, як ми намагалися очистити руку хлопчика від піску. Проте, коли хлопчик сам намагався очистити руку від піску та доторкувався однією рукою до іншої, це викликало негативні, агресивні прояви та провокувало гіперактивність.

Вихователі помітили, що після використання психогімнастичних вправ на корекційних заняттях випадки проявів імпульсивності, гіперактивності, агресивності чи тривожності знизилися, активні спалахи майже не траплялися протягом години.

Під час індивідуальної та парної роботи з дітьми, окрім загальновідомих ігрових, арт-терапевтичних, релаксаційних та психогімнастичних вправ, застосовувалися дихальні техніки, окорухові вправи, розтяжки («Половинка», «Промінчики», «Медуза», «Травинка під

вітром», «Дерево», «Підвіски», «Снігова баба», «Кішка», «Зірка») (Додаток Г.2.).

Під час проведення вправи «Травинка під вітром», що відбувалася в парній формі, Насті П. та Карині М. було запропоновано уявити себе травинками. Діти стояли одна навпроти одної, нахилили тулуб все нижче і нижче, імітуючи, як гнеться травинка під вітром. При виконанні вправи був задіяний не лише тулуб, а й руки. Дівчата руки витягували вперед, все нижче й нижче, доки не торкнуться підлоги, а потім по підлозі їх відставляли все далі від себе. Вправа «Травинка під вітром» проводилася на заключному етапі заняття. Після проведення вправи було помічено, що Настя П. та Карина М. стали більш врівноваженими, знизилася імпульсивність, дівчата перестали уникати одна одну. Адже під час виконання вправи діти могли доторкнутися одна до одної, звикнути.

На даному етапі роботи застосовувалася робота з піском, пластичними матеріалами (глина, пластилін), крупами. Дошкільний вік та інтелектуальна недостатність зумовлюють застосування арт-терапії саме в індивідуальній та парній формах.

Групова форма психокорекції з розумово відсталими дітьми дошкільного віку з синдромом гіперактивності була спрямована на розвиток комунікативних навичок (вербального та невербального спілкування), формування міжособистісних стосунків, адекватних форм взаємодії в групі, правильних форм реагування на відповідні ситуації, подолання страху тактильного контакту. У процесі ігрової діяльності дітям було необхідно корегувати рівень концентрації, об'єму, переключення, розподілу уваги, незважаючи на присутність однолітків вміти стримувати свою надмірно рухливу поведінку та розслаблятися. На етапі групової роботи застосовувалися рухливі ігри та завдання: «Броунівський рух», «Послухай тишу», «Розстав пости», «Будь ласка», «Ау!», «Кенгуру», «Роздувайся, пузир», «Чотири стихії», «Сліпі фотографи», «Мишка», «Дзеркало», «Подарунки», «Їстівне-неїстівне», «Найуважніший», «Равлик», «Ласкаве

ім'я», «Я люблю...», «Добрий бегемотик»; психогімнастичні вправи для виконання в групі: «Дощ в лісі», «Підсніжник», «Взірець для дітлахів», «Прапорець», «Голка з ниткою», «Бурулька», «Шолтай-болтай», «Ведмежата в барлозі», «Квітка», «Ласка», «Смачні цукерки», «Ведмежата вилікувалися» та ін. У груповій формі застосовувалися вправи на розвиток дрібної моторики («Жабка», «Змійка», «Паровозик», «Сова», «Слоник, що малює», «Кільце», «Замок») (Додаток Г.3.).

Вправа «Послухай тишу» проводилася в групі з 4 осіб. Спочатку дітям давалася змога побігати, побешкетувати, вивільнити енергію, але одразу, як задзвенів дзвіночок, вони мали повернутися на місце, заспокоїтися та прислухатися до тиші. Маша Р., Роман К. З першої спроби змогли після звуку дзвоника заспокоїтися й повідомити нам, які звуки вони почули в тиші. Ліза П. не змогла одразу заспокоїтися, вона сіла на своє місце, продовжувала говорити до Лариси В., чим теж її відволікала. Після другої спроби Лариса змогла заспокоїтися та не звертати увагу на Лізу. Вона правильно виконала завдання лише з третьої спроби. Успіхи у виконанні завдання були закріплені ще 3 повторами. Після виконання завдання діти відзначалися стриманістю, знизилися прояви імпульсивності та гіперактивності.

Для розвитку дрібної моторики рук в груповій формі проводилася вправа «Замок», що також сприяла розвитку уваги та зосередженості на завданні, адже необхідно було слідкувати за ведучим та не відволікатися. Спочатку вправа проводилася в повільному темпі, далі темп збільшувався. Оскільки вона була рухлива, вимагала швидкого реагування. Діти мали одразу включитися в завдання та не «ловити гав». Після закінчення вправи помічено, що діти стали більше зібрані, сконцентровані, а групове виконання посприяло створенню позитивної атмосфери між учасниками групи.

При груповій формі психокорекції активно застосовувалися методи арт-терапії. Ефективним був метод малювання колективного малюнку. Дане завдання допомагало розумово відсталим дітям організувати свою діяльність, планувати виконання, почергово його виконувати. Тут важливим

є компроміс, адже діти мають домовитися, хто буде малювати першим, хто останнім, чи будуть вони малювати його одночасно і як при цьому поділять простір. Колективний малюнок має відбуватися на спільну та знайому для всіх дітей тему.

Організовуючу групову роботу, спрямовану на корекцію синдрому гіперактивності у розумово відсталих дітей, обов'язково потрібно залучати релаксаційні («Повітряні кульки», «Хмари», «Ледарі», «Спляче кошеня», «Шишки», «Холодно – жарко», «Сонячний зайчик», «Усмішка», «Бджілка», «Метелик», «Літній день», «Пташки», «Слон», «Коники», «Тиша», «Лимон», «Уповільнений рух») та дихальні вправи, які нами проводилися як на початку, так і в кінці заняття. Якщо у дітей спостерігалася підвищена рухова розгальмованість, імпульсивність, елементи релаксації застосовувалися і в середині заняття, адже присутність інших дітей на занятті сприяє активізації дитини (Додаток Г.3.)

Для розумово відсталих дітей з синдромом гіперактивності однією з найважливіших та ефективних видів роботи в напрямку подолання негативних емоційних та поведінкових проявів була сімейна психокорекція, тому в заняттях, що проводилися з дітьми з синдромом гіперактивності, брали участь і їх батьки. Використовувалися різноманітні форми участі батьків у психологічній корекції дитини: від пасивного спостереження до виконання певних ролей в заняттях.

Під час індивідуальних, парних, групових занять виникали певні труднощі: дитина вставала з місця під час занять, часто відволікалася, просила задіяти вихователя чи психолога закладу. Тому організовуючи роботу з дітьми з синдромом гіперактивності ми не змушували дитину займатися більше, ніж вона може, тому в деяких випадках тривалість заняття скорочувалася. Під час занять усувалися до мінімуму відволікаючі фактори, заняття були експресивними, театральними, адже таке емоційне забарвлення заняття допомагає дитині сконцентрувати увагу.

Використовуючи ізотерапію, бланки «коректурної проби» в якості корекційної методики, ми не вимагали від дитини великої акуратності при виконанні завдань, особливо на початкових етапах роботи. Таким чином ми формували у неї почуття успіху, адже діти мають отримувати задоволення від виконання завдань, що сприяло розвитку їх самооцінки. Під час індивідуальної та групової форми роботи розумово відсталим дошкільникам відводилося місце поруч з нами – це сприяло налагодженню контакту з диною, емоційно комфортної ситуації, адже під час заняття можна було покласти руку на плече дитини, оскільки будь-які тактильні відчуття допомагають гіперактивним дітям сконцентрувати увагу. Гіперактивним дітям складно переключити увагу на вимогу дорослого з одного виду діяльності на інший, тому були розроблені конкретні правила поведінки та роботи в групі. Ці правила позначалися символами, піктограмами та в міру необхідності пропонувалися дошкільнику, з дитиною заздалегідь обговорюється їх зміст та коло застосування. Інструкції, що пропонувалися дитині, були дуже конкретними та не містили більше 10 слів, говорили недовго, чітко ставили завдання, обговорювали правила та наслідки виконання та невиконання правил.

Використовуючи «коректурну пробу» в корекційних цілях на початкових етапах експериментальної роботи, ми застосовували бланки з великими малюнками та різних категорій. Микита С. намагався виконувати завдання повільно. Після того, як він зробив помилку, ми перейшли до аналізу, щоб хлопчик зміг відкорегувати завдання. Через деякий час ми запропонували Микиті «коректурну пробу» з малюнками, що були менші від попередніх, а також була збільшена їх кількість від 2 до 3. З першого разу хлопчик почав поспішати, ніби завдання виконується на час, що призвело до великої кількості помилок та пропущених малюнків. Микита переплутував моркву з огірком (завдання: викреслити моркву), інколи з помідором. Спостерігалися прояви імпульсивності. Після того, як ми спокійно, повільно, чітко пояснили Микиті, що поспішати немає необхідності, потрібно уважно

слідкувати, намагатися не пропустити жодної морквинки, хлопчик зібрався, почав повільніше переглядати бланк. Після того як він виконав завдання, повернувся на початок бланку перевірити чи нічого не пропустив та виправити помилки. Після повторного виконання «коректурної проби» імпульсивність знизилася, хлопчик був більше зосередженим, тривожні прояви, що виникали під час виконання завдання, боязнь допустити помилку, знизилися.

Розумово відсталу дитину з синдромом гіперактивності необхідно частіше заохочувати, тому була введена система жетонів. Вона полягала в тому, що за успіхи у виконанні завдання та поведінці дитині видавався жетон. За певний проміжок часу можна було обміняти їх на винагороду (не матеріальну). Це було право йти на прогулянку в першій парі; роздавати дітям іграшки, альбоми, олівці; допомагати вихователю та ін. За можливості зухвала поведінка дитини ігнорувалася, що їй радилося робити вихователям в подальшому. Пропонувалося перед тим, як реагувати на неприємний вчинок дитини, зупинитися на декілька секунд, зробити дихальну вправу, заспокоїтися, спробувати усвідомити причини такого вчинку гіперактивної дитини. Під час психологічної корекції, як парної, так і групової, ми намагалися бути поруч з дітьми постійно, поки вони виконували яке-небудь завдання.

Психологічна корекція розумово відсталих дітей з синдромом гіперактивності відбувалася у таких напрямках:

1. Навчання дитини релаксації. Завдання цього напрямку – навчити гіперактивну дитину розслаблятися, розуміти структуру власного тіла. Під час релаксації ми намагалися якнайдовше концентрувати увагу дитини лише на відпочинку. На цьому етапі необхідною умовою було донести до дитини, що розслаблення – це не робота. У цей момент не потрібно нічого робити і не потрібно себе контролювати. Завдання дитини – навчитися бути спокійною не за рахунок контролю, а за рахунок його відсутності. Цей етап для дітей з синдромом гіперактивності надзвичайно важкий і тому спостерігалися деякі

труднощі. Проте саме після релаксації діти починали відчувати себе більш комфортно та спокійно.

2. Корекція негативних форм поведінки. Оскільки для розумово відсталих дітей з синдромом гіперактивності характерними коморбідними розладами є агресія та тривожність, необхідно, окрім провідних симптомокомплексів, сприяти зниженню й інших емоційних та поведінкових порушень.

3. Розвиток навичок міжособистісної взаємодії. У розумово відсталих дітей з синдромом гіперактивності постійно виникають проблеми у відносинах з оточуючими. Завданням цього напрямку роботи було навчити дитину ефективним навичкам соціальної взаємодії з оточуючими, комунікативній культурі, навчити поважати права інших людей. Також діти намагалися вчитися контролювати власні емоції та вчинки.

4. Робота з батьками гіперактивної дитини вважається одним з пріоритетних напрямків роботи, адже успіхи, отримані в процесі корекційної роботи дитини з фахівцем, потрібно підтримувати та розвивати в домашніх умовах. Р. Кемпбел вважає, що батьки гіперактивної дитини часто припускаються трьох основних помилок у вихованні: невміння виховувати в дітях навички керувати гнівом; знижена кількість емоційної уваги, що часто носить характер медичної допомоги; недостатня твердість у вихованні та відсутність належного контролю за поведінкою.

5. Розвиток дефіцитарних функцій. Корекційна робота проводилася поетапно, починаючи з розвитку однієї окремої функції. Гіперактивній дитині важко бути одночасно уважною, спокійною та неімпульсивною. Коли були досягнуті позитивні результати в одній функції, переходили до тренування одразу двох функцій. І лише потім застосовувалися вправи для розвитку одразу трьох функцій, що виходило частіше з дітьми з синдромом гіперактивності емоційно нестійкого та імпульсивного типів. Для дітей з синдромом гіперактивності астеничного типу тренування одразу трьох функцій не проводилося.

Відповідно до визначених основних напрямів роботи з дітьми з синдромом гіперактивності, психологічна корекція полягала у розвитку дефіцитарних функцій, що відбувався у процесі проведення арт-терапії та ігрової терапії. Робота в даному напрямку проводилася поетапно, починаючи з розвитку однієї окремої функції.

Після того, як в процесі занять були досягнуті позитивні результати з тренування однієї функції, переходили до тренування одночасно двох функцій. Наприклад, дитині давалися завдання, в яких необхідно було одразу концентрувати увагу і контролювати рухову активність. І лише потім можна було використовувати вправи, спрямовані на розвиток трьох дефіцитарних функцій.

Психологічна корекція, спрямована на розвиток дефіцитарних функцій, починала проводитись в індивідуальній, а продовжувалася - в груповій формі. Зокрема робота з розвитку двох функцій мала позитивні результати саме при роботі з групою. Для розумово відсталих дітей дошкільного віку з синдромом гіперактивності найбільші труднощі викликали ігри на розвиток трьох функцій. Такі вправи ми намагалися проводити в індивідуальній формі, оскільки в групі завдання були недоступні для дітей.

На етапі індивідуальної роботи, з якого розпочиналася психологічна корекція, вчили дитину не тільки слухати, а й чути – розуміти інструкції: промовляти їх вголос, формулювати самому правила поведінки під час занять і правила виконання конкретного завдання. На цьому етапі спільно з дитиною розроблялася система заохочень та покарань, яка допоможе їй адаптуватися в дитячому колективі. Наступний етап – залучення гіперактивної дитини до групової форми роботи (у взаємодії з однолітками) – повинен проходити поступово.

Спочатку залучали розумово відсталих дітей з синдромом гіперактивності до роботи в парах і тільки після цього пропонували їм брати участь у групових іграх і заняттях. У разі недотримання даної послідовності у дитини може спостерігатися підвищена рухова активність, що призведе, до

втрати контролю поведінки, перевертати, дефіциту активної уваги. Усі заняття, як індивідуальні, так і групові в основному проводилися в цікавій для дитини формі, тобто в ігровій.

У психологічній корекції розумово відсталих дітей з синдромом гіперактивності важливою є робота з гнівом. Взірцем правильної поведінки мають бути батьки. На жаль, деякі батьки поки ще й самі не вміють керувати власним гнівом, що ускладнює процес психологічної корекції. Діти таких батьків навряд чи коли-небудь у процесі виховання засвоять навички адекватного вираження гніву.

Способи корекції поведінки в критичних ситуаціях дитини з синдромом гіперактивності мають бути застосовані лише з урахуванням індивідуально-особистісних особливостей дітей.

Батькам розумово відсталих дошкільників з синдромом гіперактивності було представлено рекомендації для боротьби з гнівом, адже лише після корекції батьківського ставлення можна говорити про позитивні результати у дітей. Рекомендації були розміщені на спеціальному стенді в дитячому садку, цією інформацією могли користуватися як батьки, так і вихователі. Загальні правила та способи їх реалізації були систематизовані в таблицю (табл. 3.2).

Ми не вимагали від батьків обов'язкового дотримання рекомендацій стосовно боротьби з гнівом, проте рекомендували їх для ознайомлення та усвідомлення. Відзначалося, що ті батьки, які паралельно з психологічною корекцією дитини дотримувалися рекомендацій, сприяли гармонійному розвитку своїх дітей.

Провівши бесіди з батьками та опитування, ми встановили, що недостатність знань про синдром гіперактивності як медико-психолого-педагогічну проблему, його причини та механізми розвитку проявляється в різних моделях поведінки з дитиною. Частина батьків взагалі не усвідомлює проблем своєї дитини через недостатність знань з проблеми, вони пов'язують

проблеми поведінки з неслухняністю, вередливістю, за цим слідує більш жорсткі дисциплінарні рамки, стійка система заборон.

Таблиця 3.2

Альтернативні способи реагування в критичних ситуаціях

Зміст ситуації	Шляхи виконання
Необхідно налагодити взаємини зі своєю дитиною, щоб вона відчувала себе з батьками спокійно та впевнено	Слухайте свою дитину. Проводьте з нею більше часу, діліться своїм досвідом. Якщо в сім'ї кілька дітей, намагайтеся спілкуватися не тільки з усіма разом, а й приділяйте свою увагу кожній з них окремо
Батьки мають слідкувати за собою, особливо в ті хвилини, коли перебувають під дією стресової ситуації та їх легко вивести з рівноваги	Відкладіть або скасуйте спільні справи з дитиною (якщо це можливо). Намагайтеся не торкатися дитини в хвилини роздратування
Якщо батьки засмучені, то діти повинні знати про їх стан	Говоріть дітям прямо про свої почуття, потреби та бажання
У ті хвилини, коли батьки пригнічені або розгнівані, необхідно зробити для себе щось приємне, що могло б заспокоїти	Скористайтесь елементарними прийомами заспокоєння: випийте чаю, прийміть теплу ванну, просто розслабтеся, лежачи на дивані. Послухайте улюблену музику
Намагатися передбачити і запобігти можливим неприємностям, що можуть викликати гнів	Не дозволяйте виводити себе з рівноваги. Вмійте передбачати виникнення особистого емоційного зриву і не допускайте цього, керуючи собою (подумати про щось приємне) і ситуацією
До деяких особливо важливих подій слід готуватися заздалегідь. Намагатися передбачити нюанси і підготувати дитину до майбутніх подій	Вивчайте сили та можливості вашої дитини. Якщо вам належить зробити перший візит (до лікаря, в дитячий садок, тощо), проведіть репетицію вдома заздалегідь

Негативна модель поведінки батьків підсилює негативні поведінкові прояви та психосоматичні розлади дитини. Інші батьки намагаються не звертати увагу на дитину, адже що б вони не зробили, ніяких результатів не спостерігається. Дитина, потрапивши в ситуацію вседозволеності, відсутності підтримки та заборон починає маніпулювати батьками, що призводить до погіршення поведінки. Значна кількість реакцій оточуючих на негативну поведінку їх дітей сприймається на власний рахунок, їм властиві

часті депресії. Тому дитина, потрапляючи в ситуацію відсутності адекватних виховних заходів, проявляє свої негативні поведінкові реакції, які з часом також поглиблюються.

Враховуючи вищевказане, робота з батьками проводилася в такому порядку:

- інформування про причини, прогноз, особливості поведінки дитини з синдромом гіперактивності, завдання та методи допомоги;
- закріплення реалістичних уявлень батьків про ефективність їх виховного впливу на дитину;
- навчання ефективним способам спілкування з дитиною;
- навчання способам моделювання бажаної та скорочення проблемної поведінки дитини з синдромом гіперактивності.

На етапі корекційної роботи ми ознайомлювали батьків з загальними правилами виховання дитини з синдромом гіперактивності, навчали способам керувати поведінкою дитини в домашніх умовах, що також сприяє підкріпленню результатів корекційної роботи психолога. Наголошувалося на прийнятті дитини, створенні позитивної моделі ставлення до неї, що засновано на любові, повазі, вірі в її можливості та успіхи. Батькам рекомендувалося дотримуватися єдиної системи вимог; дії матері, батька, бабусь та дідусів мають бути узгоджені; обов'язковим було дотримання дозування навантажень; попереднє планування та структурування часу тощо.

Способи управління поведінкою дитини розподіляються на профілактичні та реактивні [125]. Вони мають гармонійно доповнювати один одного та реалізуватися спільно. Профілактичні способи моделюють бажану поведінку, а реактивні скорочують прояви проблемної поведінки розумово відсталого дитини. До профілактичних способів керування поведінкою дитини можна віднести: дотримання чіткого режиму дня; уникнення в висловлюваннях батьків категоричних, безапеляційних фраз, докорів, повчань; багаторазове повторення прохань одними й тими ж словами, нейтральним тоном; своєчасна похвала та нагорода; щоденне спілкування з

дитиною в процесі цікавого їй виду діяльності; навчання дитини продуктивним способам вираження агресії та гніву. Реактивні способи керування поведінкою дитини з синдромом гіперактивності застосовуються час від часу в певних ситуаціях та включають: збереження врівноваження та спокою батьками під час негативних поведінкових проявів дитини; тимчасову ізоляцію («тайм-аут» з точки зору поведінкової психотерапії); надання альтернативного виходу з ситуації; реагування на дитину незвичайним чином (жартом, кривлянням).

У роботі з сім'єю розумово відсталої дитини з синдромом гіперактивності ми дотримувалися такої послідовності: вивчення сім'ї та її запитів, просвітницька робота з батьками, спільна робота з метою розробки стратегій ефективного виховання, її реалізація та аналіз ефективності. Ми намагалися перетворити процес взаємодії з батьками в співробітництво.

Одним із завдань експериментальної роботи було інформування та доведення до відома батьків необхідності застосування спеціальної програми домашньої корекції дитини, що включала такі положення:

1. Зміна системи виховання: від покарання – до підтримки; від авторитарного контролю до співпраці.
2. Зміна поведінки самих батьків та їх відношення до дитини – демонструвати спокійну поведінку, уникати слів «ні» та «неможна», взаємовідносини з дитиною будувати на довірі та взаєморозумінні.
3. Зміна психологічного мікроклімату в сім'ї – дорослі мають менше сваритися між собою, більше часу приділяти дитині, проводити час усією сім'єю разом.
4. Спеціальна поведінкова програма, що передбачає перевагу методів підтримки та винагороди.
5. Організація режиму дня та місця для занять.
6. Елементи поведінкової терапії (психогімнастика, релаксація та ін.), за допомоги яких відбувається контроль поведінки та стимулювання розвитку психічних функцій.

Обов'язково наголошувалося на тому, що батьки мають впорядкувати життя дитини з синдромом гіперактивності. Лише чіткий режим дня надасть можливість контролювати дитину. Батькам радили застосувати метод наочності – розробити детальний режим дня (кожна дія в режимі дня супроводжується ілюстрацією) та повісити в доступному для дитини місці. Обов'язково контролювати дотримання режиму, нагадувати, що скоро буде обід чи прогулянка. Чітке дотримання режиму дня дозволить дитині навчитися структурі діяльності, вчасно їсти та вчасно відпочивати. Складаючи режим необхідно дотримуватися таких правил: має бути розроблений на довготривалий період; має бути зручним для батьків та самої дитини; не повинен заважати відвідувати дитячі навчальні заклади; має враховувати індивідуальні біоритми дитини та її інтереси.

Нервова системи дитини з синдромом гіперактивності легко втомлюється, тому лише чіткий режим дня може мінімізувати гіперактивні прояви. Потрібно заздалегідь попереджати дитину про будь-які зміни, особливо в режимі дня або спільних планах. Розумово відсталі діти з синдромом гіперактивності складно переносять зміни лише тому, що вони вносять незрозумілість в їх усталену систему знань та правил, дезорганізують.

Для дитини з синдромом гіперактивності велике значення мають щоденні прогулянки на свіжому повітрі. Саме там задовольняється потреба в руховій активності. Вивільняється надмірна рухова активність, що призводить до зняття психічної напруги. Під час прогулянки відбувається соціалізація дитини в природних умовах – у межах дитячого майданчика.

На прогулянці набагато більше можливостей для зміни діяльності. У процесі дослідження ми давали дитині побігати, виплеснути свою енергію, а потім переключали її увагу на щось цікаве, спокійне. Пропонували розглянути якусь тварину чи пташку, вивчити рослину, познайомитися з марками машин, що проїжджають повз. Увага дитини переключалася з одного виду діяльності на інший з частотою 10-12 хвилин.

Один з найважливіших способів вивільнення накопиченої енергії та негативних емоцій розумово відсталих дітей з синдромом гіперактивності – це фіззарядка, бажано енергійна, під музику. Фіззарядка допоможе звільнити надлишок енергії, сконцентрувати увагу. Головне, необхідно розробити такі вправи, які будуть приносити задоволення дитині.

Важливим в сімейному вихованні залишається питання сну дитини з синдромом гіперактивності. Така дитина повинна спати до 12 годин. Готувати до сну дитину необхідно заздалегідь, починаючи за 1-1,5 години. Ми рекомендували батькам застосовувати розслаблюючі ванни, повільну, негучну музику, читання казок, використання в їжу продуктів, що сприяють виробленню гормону мелатоніну.

Категорично заборонявся перегляд телепередачі перед сном, ігри в рухливі ігри, слухання гучної музики. Пропонувалося за декілька годин до сну гіперактивної дитини створити вдома спокійну обстановку. У цьому ритуалі має брати участь уся родина.

Батьки мають враховувати у вихованні дитини з синдромом гіперактивності систему правильної підтримки та винагороди.

Кожен день перед дитиною ставиться певна ціль, яку вона має досягти. Зусилля дитини при досягненні цієї цілі всіляко заохочуються. В кінці дня поведінка дитини має оцінюватися відповідно до досягнутих результатів. Протягом тижня за кожен позитивний результат дитина має отримувати бали (жетони). При цьому система оцінювання має бути відома дитині та вивішена на видному місці. При досягненні значних результатів у навчанні та поведінці дитина має отримати велику винагороду.

Батькам потрібно пояснити, що методи покарання для таких дітей не є дієвими, адже що поріг чутливості на негативні стимули дуже низький. Слова «ні», «неможна», «не чіпай», «забороняю» для них часто не мають ніякого значення. Проте вони відразу реагують навіть на малу похвалу. Психологи рекомендують співвідношення позитивної взаємодії до зауважень у пропорції 5:1 [28].

На даному етапі дослідження, з метою покращення розуміння батьків проблем «синдрому гіперактивності» розумово відсталих дітей, організовувалися батьківські тренінги, в яких брали участь вихователі та психологи, що постійно працюють з цими дітьми. Також до роботи залучалися, за бажанням, інші учасники (музичні керівники, інші вихователі, адміністрація закладів та ін.).

Тренінг мав назву «Правила взаємодії з гіперактивними дітьми», у процесі проведення якого використовувалися вправи та ігри, розроблені О. Лютовою, Г. Моніною, М. Рузіною, Т. Черепановою, І. Шевцовою, Ю. Шевченко, та мав таку структуру (Додаток Д):

1. Привітання.
2. Міні-лекція «Що таке гіперактивність».
3. Вправа «Портрет гіперактивної дитини».
4. Гра «Давайте привітаємося».
5. Міні-лекція «Як виявити гіперактивну дитину» (з використанням ігрової техніки).
6. Гра «Сто м'ячів».
7. Міні-лекція «Як допомогти гіперактивній дитині».
8. Вправа «Інструкція».
9. Міні-лекція «Як грати з гіперактивними дітьми».
10. Гра «Черепашка».
11. Вправа «Заповни таблицю».
12. Гра «Маленька тваринка».
13. Міні-лекція «Як працювати з батьками гіперактивної дитини» (з використанням ігрової техніки).
14. Міні-лекція «Ігри для батьків з дітьми».
15. Психологічний практикум.

Організовуючи тренінг «Правила взаємодії з гіперактивними дітьми» ми дотримувалися ряду правил: заняття повинні проводитися в групах чисельністю від 12 до 20 осіб; проводити заняття не рідше 2 разів на

тиждень, тривалість заняття 1,5-2 години; забезпечення всіх учасників роздатковим матеріалом, наявність дошки та стендів для розміщення плакатів; заняття проводяться в колі (стілці повинні бути зручними, а їх кількість повинна відповідати кількості учасників); вільний простір для проведення рухливих ігор та вправ; наявність м'яких м'ячів чи м'яких іграшок. Бажаний дзвіночок (або інший сигнальний інструмент) для позначення початку та закінчення певного виду робіт.

Тренінг був розрахований на 6 зустрічей, кожна з яких тривала по 1,5 години. Зустрічі відбувалися 2 рази на тиждень. На заняттях була можливість зворотного зв'язку. Не лише учасники могли отримати інформацію, що їх цікавить, ми також мали можливість цікавитися особливостями поведінки їх дітей.

Окрім батьків, певних вимог мають дотримуватися й вихователі спеціального дитячого садочка, якщо в їх групі навчається дитина з синдромом гіперактивності. Вихователям, так само, як і батькам гіперактивних дітей, ми спочатку розповіли всю інформацію про природу та причину синдрому гіперактивності, адже вони мають розуміти як поведуть себе діти при такому захворюванні, знати, що такі діти часто відволікаються, погано піддаються загальній організації, тобто потребують індивідуального підходу. Така дитина має постійно знаходитися під контролем вихователя. Заняття мають будуватися за чітким графіком, при цьому гіперактивна дитина може користуватися календарем чи щоденником.

З бесід з вихователями було встановлено, що їх розумово відсталі вихованці з синдромом гіперактивності з великими труднощами витримують тиху годину в дитячому садку. Проте, після корекційної роботи з вихователями, вони сиділи поруч з дитиною, гладили, проговорювати ласкаві, добрі слова, тому м'язова неспокійність та емоційна напруга дитини знижувалася. Поступово вона звикла відпочивати в цей час, прокидалася відпочилою, менш імпульсивною.

Організуючи свою роботу, вихователі мають пам'ятати, що гіперактивній дитині краще займатися на початку дня, ніж увечері, а також на початку заняття, ніж в кінці. Дитина, яка працює один на один з дорослим, рідше проявляє прояви гіперактивності та більш успішно виконує роботу. Навантаження має відповідати можливостям дитини. Наприклад, якщо інші діти можуть займатися певною діяльністю 20 хвилин, а гіперактивна дитина працює продуктивно лише 10 хвилин, не потрібно змушувати її продовжувати заняття довше. Краще переключити її на щось інше: попросити полити квіти, накрити на стіл тощо. А якщо дитина знову зможе виконувати завдання, можна дозволити повернутися їй до нього.

До початку корекційної роботи нами були висунуті рекомендації батькам, вихователям, психологам щодо поводження з дитиною з синдромом гіперактивності, яких вони мали систематично щоденно дотримуватися (Дод. В.1., Дод. В.2., Дод. В.3.), адже синдром гіперактивності потребує комплексної корекції, а паралельна робота з дитиною, вихователями, батьками дозволить керувати та направляти поведінку дитини під час занять з психологом, вдома та в садочку.

Нами практикувалося застосування звітів батьків та вихователів. Наприкінці кожного тижня проводилися бесіди, на яких обговорювалося наскільки чітко та постійно батьки та вихователі дитячого садка дотримуються поставлених рекомендацій, чи виконують вони домашні справи, рекомендовані для виконання вдома, щоб закріпити результати психологічної корекції.

Таким чином, проведена нами психологічна корекція синдрому гіперактивності розумово відсталих дітей дошкільного віку охопила всі складові запропонованої програми. Позитивні зміни в поведінці та емоційній сфері дітей були відзначені вихователями та батьками. Дотримання батьками та вихователями розроблених рекомендацій по організації діяльності гіперактивної дитини в подальшому корегує результати психокорекційної роботи. За умови комплексної роботи психолога, батьків та вихователів

можна розраховувати на значне покращення стану дитини. Рекомендації є чітким механізмом психопрофілактичної та психокорекційної роботи з дітьми групи ризику і саме їх виконання може не допустити виникнення проявів синдрому або уникнути повторних рецидивів. Але, щоб говорити про ефективність застосованої програми необхідно підтвердити це повторним застосуванням психодіагностичних методик.

3.3. Аналіз ефективності застосування програми психологічної корекції синдрому гіперактивності розумово відсталих дітей дошкільного віку

З метою підтвердження ефективності методів і прийомів програми психокорекційної роботи, що були використані в ході дослідження, групу розумово відсталих дітей з синдромом гіперактивності (52 дитини) було розподілено на експериментальну (ЕГ) та контрольну (КГ) (табл. 3.3).

Таблиця 3.3

Розподіл дітей експериментальної та контрольної груп по клінічних формах тяжкості проявів

Експериментальна група		Контрольна група	
Клінічна форма	Кількість дітей	Клінічна форма	Кількість дітей
легка	7	легка	7
середня	13	середня	12
тяжка	8	тяжка	5

ЕГ склало 28 дітей дошкільного віку з легкою розумовою відсталістю, що відвідували Дошкільний навчальний заклад (дитячий садок) №569 (м.Київ), Спеціальний навчально-виховний комплекс «Мрія» Деснянського району м.Києва, Спеціальну школу-інтернат №26 для дітей з вадами у розумовому розвитку (м.Київ).

З легкою формою синдрому гіперактивності було 7 розумово відсталих дітей (25 %), серед яких: 3 (42,9 %) емоційно нестійкого типу; 3 (42,9 %)

імпульсивного типу; 1 (14,2 %) астенічного типу. 13 (46,4 %) дітей мали середню форму синдрому гіперактивності, серед них: 3 (23,1 %) – астенічного типу; 6 (46,2 %) – імпульсивного типу; 4 (30,7 %) емоційно нестійкого типу. З тяжкою формою було 8 дітей (28,6 %), серед яких: 2 дитини (25 %) астенічного типу; 4 дитини (50 %) імпульсивного типу; 2 дитини (25 %) емоційно нестійкого типу.

КГ складалася з 24 дітей дошкільного віку з легкою розумовою відсталістю, які відвідували Центр медико-психологічної, соціально-реабілітаційної допомоги Національної дитячої спеціалізованої лікарні «ОХМАТДИТ» Міністерства охорони здоров'я України (м.Київ), Комунальний заклад Львівської обласної ради «Підгірцівська спеціальна загальноосвітня школа-інтернат I-III ст.» (Львівська обл.). Із них 7 (26,9 %) дітей мали легку форму перебігу синдрому, з яких астенічний тип мала 1 (14,3 %) дитина; імпульсивний тип – 2 (28,6 %) дітей; емоційно нестійкий тип – 4 (57,1 %) розумово відсталі дитини. З формою середньої тяжкості контрольну групу склало 12 дітей (50 %), серед яких: 3 (25 %) астенічного типу; 5 (41,7 %) імпульсивного типу; 4 (33,3 %) емоційно нестійкого типу. Із виокремленої КГ 5 (20,8 %) дітей дошкільного віку з легкою розумовою відсталістю мали тяжку форму синдрому: 2 дитини (33,3 %) з синдромом астенічного типу; 2 дитини (33,3 %) імпульсивного типу; 1 дитина (16,6 %) емоційно нестійкого типу.

У ході експерименту було виявлено, що застосування розробленої нами психокорекційної програми в ЕГ призвело до якісного поліпшення стану розумово відсталих дітей дошкільного віку, а також сприяло зниженню проявів синдрому.

Для перевірки результативності нашого дослідження була проведена повторна діагностика за допомогою того ж самого методичного інструментарію, що був застосований на констатувальному етапі дослідження.

З метою підтвердження чи спростування ефективності експериментальної психокорекційної програми для проведення усіх статистичних обчислень використовувався пакет SPSS 15.0, непараметричний критерій достовірності розбіжностей Вілкоксона.

Критерій застосовується для зіставлення показників, що вимірюються в двох різних умовах на одній і тій же вибірці досліджуваних. Він дозволяє встановити не тільки спрямованість змін, але й їх вираженість. З його допомогою ми визначаємо, чи є зрушення показників в якомусь одному напрямку більш істотним, ніж в іншому.

Повторна діагностика за допомогою опитувальника Т.Ахенбаха батьків дітей з синдромом гіперактивності дошкільного віку з легким ступенем розумової відсталості розкриває зміни у проявах порушень поведінки та інших коморбідних розладах, які представлені у таблиці 3.4.

Таблиця 3.4.

Динаміка зміни проявів коморбідних розладів у розумово відсталих дітей з синдромом гіперактивності згідно з методикою «Опитувальник Т. Ахенбаха» після формувального експерименту, за результатами батьків

Показники первинної шкали	Відповіді батьків (%)			
	ЕГ		КГ	
	до	після	до	після
Замкнутість	14,3	10,7	12,5	8,3
Соматичні проблеми	53,6	50	50,0	45,8
Тривожність	28,6	21,4	20,8	17,6
Порушення соціалізації	46,4	39,3	41,7	37,5
Глибина порушення мислення	64,3	57,1	66,7	62,5
Проблеми з увагою та гіперактивність/імпульсивність	77,6	60,7	70,8	66,7
Делінквентна поведінка	42,9	35,7	45,8	41,7
Агресія	39,3	28,6	37,5	33,3

Для виявлення статистично значимих відмінностей у відповідях батьків згідно з опитувальником Т.Ахенбаха до та після проведення корекційної роботи було використано критерій Вілкоксона, який базується на підрахунку числа негативних і позитивних різностей між повторними вимірюваннями, а

також враховує їх величину. Його застосування дозволило виявити, що оцінки батьків після проведеної психокорекційної роботи з дітьми експериментальної групи суттєво відрізняються від їх відповідей на констатувальному етапі.

Порівняння показників згідно з опитувальником Т. Ахенбаха показало, що вони значимо відрізняються за усіма шкалами ($p \leq 0,01$).

Батьками було помічено, що психологічна корекція, рекомендації, яких вони дотримувалися, зміна системи покарань та заохочень має позитивні результати. Після формувального дослідження більшість батьків стали характеризувати своїх дітей як більш спокійних. Батьки Надії Р. повідомили, що їх донька стала менше агресивною та менше імпульсивною.

Враховуючи дані, отримані в ході повторного опитування батьків за Т. Ахенбахом, можна дійти висновку, що значимо змінився показник проблем з увагою, гіперактивністю/ імпульсивністю. До проведення психологічної корекції даний показник в ЕГ складав 77,6 %, після проведення психологічної корекції він знизився на 16,9 % та склав 60,7 %. Показник агресії та тривожності також вказує про продуктивні зміни в розвитку емоційної сфери розумово відсталих дошкільників з синдромом гіперактивності ЕГ. При первинній діагностиці ми констатували прояви агресії у 39,3 %, після роботи з розумово відсталими дітьми цей показник склав 28,6 %. Показник соматичних проблем не має чітко виражених змін, що можна обґрунтувати тим, що експериментальна корекційна робота не була спрямована на вирішення цієї проблеми (до психологічної корекції – 53,6 %, після – 50 %). Ми вважаємо, що соматичні проблеми мають піддаватися не лише психологічній, а й медичній корекції. В КГ показники в зміні стану розумово відсталих дітей значно нижчі, ніж в ЕГ. За шкалою показник проблем з увагою, гіперактивністю/ імпульсивністю на етапі констатувального експерименту складав 70,8 %, на етапі формувального експерименту – 66,7 %, прояви агресії з 37,5 % знизилися до 33,3 %, значно вища різниця в показник замкнутості для дітей КГ, він знизився з 12,5 % до

8,3 %. Прояви делінквентної поведінки на етапі формувального експерименту у дітей КГ становить 41,7 %.

Опитавши повторно вихователів спеціальних дошкільних навчальних закладів стосовно показників первинних шкал згідно з опитувальником Т. Ахенбаха, ми встановили продуктивні зміни в стані розумово відсталих дітей дошкільного віку з синдромом гіперактивності, що представлені в таблиці 3.5.

Таблиця 3.5.

Динаміка зміни проявів коморбідних розладів у розумово відсталих дітей з синдромом гіперактивності згідно з методикою «Опитувальник Т. Ахенбаха» після формувального експерименту, за результатами вихователів

Показники первинної шкали	Відповіді вихователів (%)			
	ЕГ		КГ	
	до	після	до	після
Замкнутість	17,9	7,1	16,7	12,5
Соматичні проблеми	46,4	39,3	45,8	41,7
Тривожність	25,0	17,9	26,1	20,8
Порушення соціалізації	50,0	42,9	54,2	50,0
Глибина порушення мислення	57,1	53,6	58,3	56,1
Проблеми з увагою та гіперактивність/імпульсивність	64,3	52,4	66,7	62,5
Делінквентна поведінка	39,3	28,6	37,5	33,3
Агресія	32,1	21,4	31,4	29,2

Порівняння даних, отриманих від вихователів, до та після проведення психокорекційної роботи з дітьми, з використанням критерію Вілкоксона показало, що значимі відмінності за шкалами даного опитувальника ($p \leq 0,01$), крім шкали «глибина порушення мислення».

Проаналізувавши дані, отримані від вихователів, можна відзначити, так, як і у випадку з батьками, наявні позитивні тенденції в зміні проблем з увагою, гіперактивністю/імпульсивністю в ЕГ та КГ. На попередньому етапі дослідження цей показник в ЕГ склав 64,3 %, після психологічної корекції – 52,4 %. Значно знизилася замкнутість розумово відсталих дітей з синдромом гіперактивності. Даний показник знизився в ЕГ на 10,8 %, до проведення

психологічної корекції 17,9 % розумово відсталих дітей, на думку вихователів, були замкнуті. Після роботи, спрямованої на зниження проявів гіперактивності, імпульсивності, корекції уваги, що проводилася також і в груповій формі, замкнутість знизилася до 7,1 %. Також вихователі визначають зниження агресивних проявів, деліквентної поведінки, тривожності (з 32,1 % до 21,4 %; 39,3 % до 28,6 %; 25,0 % до 17,9 % відповідно).

В КГ при повторній діагностиці вихователями були відмічені незначні позитивні зміни в стані поведінкової та емоційної сфери розумово відсталих дітей з синдромом гіперактивності. Показник тривожності знизився на 5,3 % (з 26,1 % до 20,8 %). Показник проблем з увагою, гіперактивністю/імпульсивністю на даному етапі дослідження склав 62,5 %, на етапі констатувального експерименту він складав 66,7 %. Показник соматичних проблем в КГ розумово відсталих дітей з синдромом гіперактивності знизився з 45,8 % до 41,7 %. Результати згідно з показником глибина порушень мислення мають позитивні зміни, різниця в показниках до психологічної корекції та після складають 58,3 % та 56,1 % відповідно. Також ми маємо позитивні зміни в усіх критеріях, що вимірюються опитувальником Т. Ахенбаха в КГ, проте вони значно нижчі, ніж в експериментальній.

І хоча за відповідями вихователів та батьків, за результатами опитувальника Т. Ахенбаха кількісно показники змінилися не суттєво, проте зниження проявів гіперактивності, імпульсивності, проявів порушення емоційно-вольової сфери спостерігалось в ході проведення повторної діагностики. Батьками та вихователями було відзначено, що розумово відсталі діти дошкільного віку з синдромом гіперактивності стали краще адаптуватися до нових умов, стали спокійніші та менш рухливі.

Повторні результати, отримані в ході проведення опитування батьків та вчителів за допомогою опитувальника Вандербільт, вказують також на

зниження проявів гіперактивності, імпульсивності, в деяких випадках неуважності (таблиці 3.6, 3.7).

Таблиця 3.6.

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

Домінуючий симптомокомплекс синдрому гіперактивності	Симптоматичні значення			
	ЕГ		КГ	
	до	після	до	після
Показники неуважності				
Нездатна уважно стежити за деталями, робить безглузді помилки в завданнях	67,9	60,7	66,7	62,5
Має труднощі у виконанні завдань або ігровій діяльності, що вимагають зосередженої уваги	46,4	32,8	48,2	45,8
Не слухає, коли до неї звертаються	57,8	42,3	58,3	54,2
Не закінчує розпочатого заняття (ненавмисно)	64,3	57,1	62,5	57,3
Незібрана, неорганізована	71,4	65,8	70,8	65,6
Уникає, не любить або не хоче погоджуватися на виконання завдання, що вимагають підвищеної уваги та розумової напруги	60,7	53,6	61,3	56,8
Плутає розклад, втрачає речі, необхідні для виконання завдань або будь-якої діяльності (іграшки, книги, олівці тощо)	42,9	35,7	41,7	37,4
Легко відволікається на все, що відбувається навколо	72,6	61,2	73,1	64,6
Забуває виконувати щоденні процедури (почистити зуби і т.п.)	35,7	25,0	37,5	33,3
Показники гіперактивності				
Неспокійно рухає руками або ногами, совається на місці	64,3	53,8	66,7	61,9
Покидає своє місце в групі або в іншому місці, не може всидіти	55,7	42,9	54,7	50,1
Починає бігати і дертися кудись, коли це недоречно	71,4	57,1	70,8	65,3
Не може тихо грати, неадекватно галаслива	67,9	50,1	68,7	63,4
Діє як «заведена», начебто до неї прироблений «двигунчик»	46,4	34,6	48,2	45,8
Показники імпульсивності				

Продовж. табл. 3.6

Надмірно балакуча, не звертаючи увагу на соціальні обмеження	35,7	21,4	36,2	33,3
Випалює відповіді до того, як завершені питання	42,8	28,6	41,7	37,5
Не здатна стояти в чергах, чекати своєї черги	68,7	51,9	70,2	65,7
Перебиває інших або втручається в розмови або заняття інших	48,9	32,1	66,7	62,5

Таблиця 3.7.

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

Домінуючий симптомокомплекс синдрому гіперактивності	Симптоматичні значення			
	ЕГ		КГ	
	до	після	до	після
Показники неуважності				
Нездатна уважно стежити за деталями, робить безглузді помилки в завданнях	62,6	54,8	61,5	58,3
Має труднощі у виконанні завдань або ігровій діяльності, які вимагають зосередженої уваги	54,8	47,2	57,5	54,2
Не слухає, коли до неї звертаються	46,6	39,4	45,8	41,7
Не закінчує розпочатого заняття (ненавмисно)	58,7	48,5	57,1	52,4
Незібрана, неорганізована	61,1	52,9	60,3	58,3
Уникає, не любить або не хоче погоджуватися на виконання завдання, які вимагають підвищеної уваги та розумової напруги	63,4	54,8	65,2	62,5
Плутає розклад, втрачає речі, необхідні для виконання завдань або будь-якої діяльності (іграшки, книги, олівці тощо)	40,2	26,4	38,4	34,7
Легко відволікається на все, що відбувається навколо	73,4	56,6	70,8	66,7
Забуває виконувати щоденні процедури (почистити зуби і т.п.)	30,4	19,8	29,2	25,1
Показники гіперактивності				
Неспокійно рухає руками або ногами, совається на місці	57,1	42,9	58,3	54,2
Покидає своє місце в групі або в іншому місці, не може всидіти	60,7	47,5	61,5	57,3

Продовж. табл. 3.7

Починає бігати і дертися кудись, коли це недоречно	45,2	30,4	45,8	41,7
Не може тихо грати, неадекватно галаслива	37,4	30,9	37,5	33,4
Діє як «заведена», начебто до неї прироблений «двигунчик»	47,1	29,8	48,4	43,6
Показники імпульсивності				
Надмірно балакуча, не звертаючи увагу на соціальні обмеження	39,3	28,6	41,7	38,2
Випалює відповіді до того, як завершені питання	32,1	21,4	30,6	28,1
Не здатна стояти в чергах, чекати своєї черги	67,9	53,6	68,7	64,3
Перебиває інших або втручається в розмови або заняття інших	42,9	30,6	42,4	37,6

Проаналізувавши результати, отримані від батьків та вчителів за допомогою методики «Опитувальник Вандербільт» можна дійти висновку, що значно знизилася прояви імпульсивності та гіперактивності. Дані особливості були відмічені як батьками, так і вихователями. Вони охарактеризували дітей як більш стриманих, урівноважених, хоча і трапляються випадки надмірної рухової активності, проте діти краще керують своєю поведінкою. Так вихователями було відмічено, що діти ЕГ стали менше соватися на стільці, цей показник знизився з 57,1 % до 42,9 %. Розумово відсталі діти з синдромом гіперактивності різних типів ЕГ стали тихіше себе поводити під час ігор, це було відмічено батьками та підтверджено повторною діагностикою, результати за даним показником знизилася з 67,9 % до 50,1 %. Стосовно проявів порушення уваги, спостерігається незначне зниження в ЕГ та КГ, що можна пояснити тим, що увага розумово відсталих дітей і так характеризується недостатністю довільної уваги, а також зниженою концентрацією, обсягом та стійкістю. Діти стали менше відволікатися на сторонні стимули, це було відмічено вихователями після проведення психокорекційної роботи в ЕГ у 56,6 % дітей. Більше половини дітей з синдромом гіперактивності ЕГ продовжують робити безглузді помилки, неуважні в деталях (54,8 % дітей за результатами опитування вихователів) та не бажають виконувати нецікаві, ускладнені завдання (53,8 % дітей за результатами опитування вихователів).

Батьками було відмічено, що після проведення психологічної корекції дітям ЕГ легше чекати своєї черги в іграх, в побутових справах, даний показник знизився з 68,7 % до 51,9 %. Розумово відсталі діти ЕГ стали рідше встрягати в розмови без дозволу батьків та відповідати на питання, що не були до них звернуті, показники знизилися на 16,8 % (з 48,9 % до 32,1 %) та 14,2 % (з 42,8 % до 28,6 %) відповідно. В КГ показники неуважності знизилися в середньому на 3-4 %, гіперактивності на 4-5 %, імпульсивності на 3,5-4 %. За результатами формувального експерименту, ми можемо сказати, що ускладненість розумової відсталості синдромом гіперактивності навіть після проведення психологічної корекції виявляє не достатньо високі результати. У зв'язку з такими результатами необхідна довготривала, систематична корекційна робота.

Наведемо приклад. Батьками та вихователями групи було відзначено позитивні зміни в стані Петрика М. Вони відмітили, що після проведення психологічної корекції, особливо із застосуванням арт-терапевтичних вправ та релаксації, у хлопчика знизилися гіперактивність, імпульсивність, тривожність. Він почав проявляти ініціативу в групових іграх, став прагнути до спілкування з однолітками.

Окрім основних симптомів синдрому гіперактивності, які можна дослідити за допомогою опитувальника Вандербільт, методика дозволяє виявити рівень тривожності та опозиційних розладів. Застосовуючи психологічну корекцію, спрямовану на зниження гіперактивності, імпульсивності та неуважності, нам вдалося знизити і прояви коморбідних розладів. За опитуваннями батьків, опозиційні розлади властиві 23,1 % дітей, тривожність – 26,9 %. За результатами опитування вихователів опозиційні розлади притаманні 21,2 % розумово відсталих дітей, тривожність – 25 %. Після проведення психологічної корекції показник опозиційних розладів в ЕГ знизився до 19,2 %, тривожності – 17,3 % (за результатами опитування батьків). Вихователі вказують, що показник опозиційних розладів в ЕГ знизився до 13,5 %, тривожності – до 15,4 %. В КГ згідно з опитувальником

Вандербільт на констатувальному етапі за результатами батьків опозиційні розлади були властиві 24,5 % дітей, тривожність – 21,3 % дітей та за результатами вихователів опозиційні розлади були властиві 22,7 % дітей, тривожність 26,2 % дітей. Оскільки психологічна корекція не проводилася з розумово відсталими дітьми з синдромом гіперактивності КГ, показники знизилися не значно. Батьки відмітили тривожність у 19,1 %, опозиційні розлади у 21,7 % дітей. Вихователі спостерігали підвищену тривожність у 23,7 %, опозиційні розлади у 18,9 % дітей. Ми можемо говорити, що всі ці явища між собою пов'язані, підкреслюється розуміння особистості дитини як цілісної структури і тому корекційний вплив на одну зі сторін розвитку особистості призводить до позитивних зрушень у розвитку всієї особистості.

Порівняння результатів дослідження за допомогою опитувальника Вандербільт до та після проведення психокорекції з використанням непараметричного критерію розбіжностей Вілкоксона показує, що значимо відрізняються між собою більшість із показників, які вказують на імпульсивність та гіперактивність ($p \leq 0,05$ та $p \leq 0,01$).

Провівши повторне дослідження внутрішньосімейних стосунків за допомогою тесту-опитувальника батьківського ставлення А.Варги, В.Століна, ми помітили покращення в ставленні батьків до своїх розумово відсталих дітей з синдромом гіперактивності. На це вплинули рекомендації, які були нами розроблені й потребували обов'язкового дотримання усіма членами родини. Також проведення батьківських тренінгів «Правила взаємодії з гіперактивними дітьми», що включали міні-лекції, дозволили розкрити причини та специфіку розладу, проблеми, що виникають під час виховання таких дітей (табл. 3.8).

Аналізуючи отримані результати, ми дійшли висновку, що в обстежуваних батьків дітей експериментальної групи стало більш виражене сприйняття сімейної ситуації як сприятливої, знизилися показники, що вказували на перевагу авторитарного стилю сімейного виховання розумово відсталих дітей дошкільного віку (шкала «Авторитарна гіперсоціалізація»).

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

До психокорекції			Після психокорекції		
Типи батьківських відносин	Результати загальної вибірки батьків (%)		Типи батьківських відносин	Результати загальної вибірки батьків (%)	
	ЕГ	КГ		ЕГ	КГ
«Відхилення»	10,7	12,5	«Прийняття»	21,4	20,8
«Кооперація»	7,2	4,2	«Кооперація»	17,9	8,3
«Авторитарна гіперсоціалізація»	25,0	20,8	«Авторитарна гіперсоціалізація»	17,9	16,7
«Симбіоз»	35,7	37,5	«Симбіоз»	28,6	33,4
Інфантилізація (за шкалою «Маленький невдаха»)	21,4	25,0	Прийняття невдач дитини (за шкалою «Маленький невдаха»)	14,3	20,8

Цей показник знизився з 25,0 % до 17,9 %. Знизилися показники за шкалою «Симбіоз» на 7,1 % (з 35,7 % до 28,6 %), що вказує на усвідомлення батьками індивідуальності їх дитини, тривожність по відношенню до можливостей та дій дитини знизилася. Тенденція до кооперації батьків з дитиною підвищилася, що говорить про більш сприятливі стосунки в сім'ї. показник «кооперація» зріс з 7,2 % до 17,9 %. За шкалою «Прийняття-відхилення», відхилення батьками розумово відсталої дитини змінилося на її прийняття. 21,4 % батьків позитивно почали ставитися до своєї дитини, розуміти й приймати її з усіма недоліками та перевагами, визнавати її індивідуальні особливості, інтереси, можливості. Про таку зміну також вказує шкала «Маленький невдаха», за якою спостерігається розуміння й прийняття батьками невдач їх розумово відсталої дитини з синдромом гіперактивності, показник змінився з інфантилізації (21,4 %) до прийняття (14,3 %). Графічно позитивні зміни, що відбулися у внутрішньосімейних стосунках ЕГ, можна зобразити діаграмою (Рис. 3.1.).

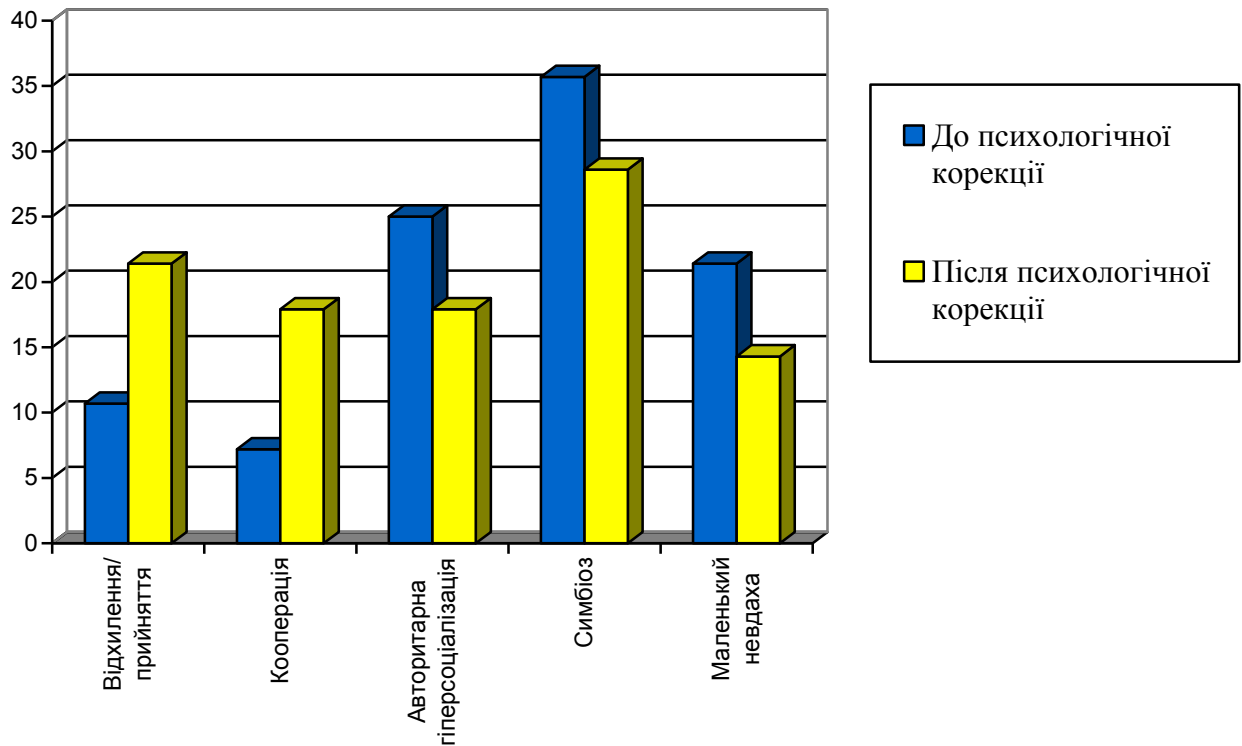


Рис. 3.1. Динаміка зміни внутрішньосімейних стосунків згідно з методикою «Тест-опитувальник батьківського ставлення А.Варги, В.Століна» в експериментальній групі

У КГ ми спостерігаємо найбільш значні зміни за шкалою «прийняття-відхилення», показник знизився на 8,3 % з 12,5 % до 20,8 %. За шкалами «кооперація», «авторитарна гіперсоціалізація», «симбіоз», «маленький невдаха» зміни складають 4,1-4,2 %. Результати повторного проведення діагностики за допомогою методики «Тест-опитувальник батьківського ставлення А. Варги, В. Століна» в КГ вказує на ефективність застосування батьками дітей даної групи рекомендацій. Проте, як ми бачимо з таблиці 3.8. лише роботи з батьками розумово відсталих дітей з синдромом гіперактивності недостатньо.

Порівняння результатів тесту-опитувальника батьківського ставлення А.Варги, В.Століна за допомогою критерію Вілкоксона показало, що вони значимо відрізняються в ЕГ за шкалами «кооперація», «авторитарна гіперсоціалізація», «прийняття-відхилення» ($p \leq 0,01$) та «маленький невдаха», «симбіоз» ($p \leq 0,05$).

Проаналізувавши результати, отримані при повторному проведенні проективної методики «Кактус», ми дійшли висновку, що прояви імпульсивності гіперактивності, агресивності у дітей дошкільного віку з легкою розумовою відсталістю з синдромом гіперактивності знизилися. Узагальнені результати дослідження подані в таблиці 3.9.

Таблиця 3.9

Показники проявів синдрому гіперактивності у розумово відсталих дітей згідно з проективною методикою «Кактус»

Показники	Симптоматичні значення (%)			
	ЕГ		КГ	
	до	після	до	після
Велика кількість голок, розташовані по всьому малюнку	30,8	21,4	26,8	25,0
Переважа темних кольорів	19,7	10,7	18,5	16,7
Переважа яскравих кольорів	74,5	60,7	71,7	66,7
Сильна штриховка, натиск, уривчасті лінії	55,9	42,9	63,3	62,5
Виступаючі відростки	21,7	14,3	16,7	12,5
Одинокий кактус	43,5	46,4	41,1	45,8
Окрім основного кактуси є інші рослини	56,5	53,6	58,9	54,2
Квіти	9,1	7,1	10,1	12,5

Як видно з даних, продемонстрованих в таблиці 3.9, у дітей ЕГ після проведення психологічної корекції зменшилася кількість малюнків, які демонстрували підвищену тривожність, що виявлялося у перевазі темних кольорів на малюнку. Таким чином, підвищена тривожність знизилася з 19,7 % до 10,7 % випадків. Напруженість, наполегливість, жага до активних дій та рухів виявляється у використанні яскравих кольорів, ці показники знизилися після корекції з 74,5 % до 60,7 %. На малюнку зменшилася кількість виступаючих відростків, що вказували на демонстративність дітей, проте не значно, – з 21,7 % до 14,3 % малюнків. Випадки екстравертованості та інтравертованості при повторній психодіагностиці майже вирівнялися – 53,6 % та 46,4 % малюнків відповідно. Окрім інших рослин на малюнку були

присутні квіти, що вказують на жіночність, м'якість. Результати за даним показником змінилися не суттєво й склали 7,1 %. Основним показником, що є визначним для синдрому гіперактивності, є сильна штриховка, натиск, лінії, що постійно перериваються, неакуратність, вихід за межі контуру малюнка, що вказує на імпульсивність та гіперактивність. У даному показнику ми спостерігаємо продуктивні зміни, на що вказує зміна кількості таких дітей з 55,9 % до 42,9 %.

Отримані результати в ЕГ дають підставу зробити висновок про те, що в процесі проведення корекційної роботи, впливаючи на труднощі міжособистісних стосунків, ми не лише покращили комунікацію дітей з однолітками та дорослими, а, насамперед, знизили прояви гіперактивності та імпульсивності, послабивши таким чином вплив синдрому гіперактивності на розвиток розумово відсталих дітей дошкільного віку.

Дані, що були отримані при повторній психологічній діагностиці з дітьми контрольної групи, показують не суттєві зміни в стані дітей. Так, прояви гіперактивності, імпульсивності, на що вказує штриховка, натиск, характер ліній знизилися з 63,3 % до 62,5 %. Перевага яскравих кольорів на малюнку була притаманна 71,7 % розумово відсталих дітей КГ, на даному етапі цей показник склав 66,7 %. Щодо інших характеристик малюнку у дітей КГ ми також маємо незначні зміни (таблиця 3.9), що вказує на необхідність проведення комплексної психологічної корекції.

Після проведення всіх заходів психологічної корекції, повторно було проведено діагностику за допомогою Кольорового тесту Люшера. Відповідно до отриманих результатів, ми також, як і в першому випадку, сформуvalи узагальнений числовий ряд за виборами дітей (табл. 3.10).

Проаналізувавши отримані дані згідно з методикою Кольоровий тест Люшера можна прогнозувати позитивну динаміку розвитку особистості розумово відсталих дітей дошкільного віку з синдромом гіперактивності.

**Характерний ранговий ряд за виборами досліджуваних до та після
формульованого експерименту**

Характерний ранговий ряд	
До психологічної корекції	Після психологічної корекції
3 0 2 5 1 6 7 4	4 3 2 5 1 7 6 0

Жовтий колір (4) на перших позиціях – бажання свободи й очікування щастя. Даний колір вказує на працьовитість людини, проте фрагментарну. Результати психодіагностики в групі розумово відсталих дітей з синдромом гіперактивності після проведення психокорекції, вказують, що синій колір знаходиться в парі з чорним кольором (17), який символізує відмову, повне зречення або неприйняття існуючих проблем і здійснює сильний вплив на будь-який колір, що входить із ним до однієї групи, підкреслюючи та підсилюючи властивості цього кольору [112]. Чорний підсилює потребу у спокої, символізує відмову від чогось надмірно активного.

Перша пара – жовтий-червоний (43) вказує на експансивну діяльність, спрямовану назовні, опанування нових сфер. Ці кольори, поєднуючись, утворюють активну групу. Проте ця пара вказує на те, що діяльність все ще не настільки піддається контролю, оскільки сама дія приносить задоволення й дитина не бачить необхідності контролювати її. Остання пара – коричневий-сірий (60) вказує на втому дітей, вони прагнуть свободи від зовнішніх стимулів. Також дана пара підкреслює необхідність уваги та турботи з боку оточуючих.

Пара, що утворює перший та останній вибори вказує на актуальну, нагальну потребу дитини., в даному випадку це жовтий-сірий (40), що вказує на невпевненість, потребу у знаходженні виходу з проблемної ситуації, проте сила сірого кольору закриває від дітей можливі шляхи вирішення проблемних ситуацій. Це і визначає нездатність розумово відсталих дітей самостійно вирішити проблему їх емоційного і поведінкового розвитку.

Ранговий ряд, утворений розумово відсталими дітьми з синдромом гіперактивності після проведення психологічної діагностики, вказує на позитивні зміни в їх стані. Імпульсивність, гіперактивність, невмотивована агресивність знижуються.

Відповідно до повторного проведення методики «Коректурна проба», що спрямована на визначення стійкості та концентрації уваги, ми фіксували зниження кількості помилок та збільшену продуктивність виконання завдання. Хоча ці показники і не є значними, проте вони все одно вказують на позитивну характеристику нашої психологічної корекції. На даному етапі взагалі була відсутня вибірка дітей, що не зрозуміли інструкцію і не виконали завдання.

Так само, як і на етапі констатувального експерименту, визначалися стійкість та продуктивність уваги за формулою:

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

(S – показник стійкості та продуктивності уваги дитини, N – кількість малюнків-мініатюр, що продивилася дитина, n – кількість допущених помилок, t – час виконання завдання).

Для того, щоб визначити повторно показник стійкості та продуктивності уваги, нам необхідно визначити кількість малюнків-мініатюр, що були закреслені дітьми експериментальної групи при роботі з коректурною пробою за 30 секунд (за п'ять проміжків часу), а також встановити кількість помилок, допущених дітьми ЕГ на кожному етапі роботи. Результати згідно показника N, що був визначений методикою «Коректурна проба» після проведення психологічної корекції, були занесені до таблиці відповідно до кожної групи дітей за типами синдрому гіперактивності та відрізків часу (табл. 3.11).

У ході виконання методики «Коректурна проба» групою розумово відсталих дітей з синдромом гіперактивності емоційно нестійкого типу за весь час дослідження було опрацьовано 60 малюнків-мініатюр; групою розумово відсталих дітей з синдромом гіперактивності астенічного типу було

опрацьовано 50 малюнків-мініатюр; групою розумово відсталих дітей з синдромом гіперактивності імпульсивного типу – 57 малюнків-мініатюр.

Таблиця 3.11

**Результати показника N згідно з методикою «Коректурна проба»
після психологічної корекції (ЕГ)**

Типи синдрому гіперактивності у розумово відсталих дітей	Кількість опрацьованих малюнків-мініатюр (N)				
	I відрізок часу (N ₁)	II відрізок часу (N ₂)	III відрізок часу (N ₃)	IV відрізок часу (N ₄)	V відрізок часу (N ₅)
Емоційно нестійкий	15	13	10	10	12
Астенічний	12	11	9	9	9
Імпульсивний	15	13	11	9	9

Після проведення психологічної корекції, спрямованої не лише на зниження проявів гіперактивності та імпульсивності, а й на корекцію уваги, при повторному проведенні методики «Коректурна проба», ми констатували зниження кількості помилок показник n (табл. 3.12). Цей показник не є значним, проте ми можемо говорити про позитивні зміни в розвитку дітей.

Таблиця 3.12

**Результати показника n згідно з методикою «Коректурна проба»
після психологічної корекції (ЕГ)**

Типи синдрому гіперактивності у розумово відсталих дітей	Кількість допущених помилок (n)				
	I відрізок часу (n ₁)	II відрізок часу (n ₂)	III відрізок часу (n ₃)	IV відрізок часу (n ₄)	V відрізок часу (n ₅)
Емоційно нестійкий		1	1	1	1
Астенічний		1	1		
Імпульсивний	1	2	1	1	1

За результатами методики «Коректурна проба» за весь час роботи групою розумово відсталих дітей з синдромом гіперактивності емоційно нестійкого типу було допущено 4 помилки; групою розумово відсталих дітей з синдромом гіперактивності астенічного типу було допущено 2 помилки; групою розумово відсталих дітей з синдромом гіперактивності імпульсивного типу – 6 помилок.

Як і на етапі констатувального експерименту, нам необхідно вирахувати показник продуктивності та стійкості уваги відповідної до дітей кожного типу синдрому гіперактивності та з урахуванням відрізків часу. Отримуємо п'ять показників, які є необхідними для побудови в подальшому кривої виснаження уваги (табл. 3.13).

Таблиця 3.13

Результати стійкості та продуктивності уваги (показник S) згідно з методикою «Коректурна проба» після психологічної корекції (ЕГ)

Типи синдрому гіперактивності у розумово відсталих дітей	Показник стійкості та продуктивності уваги (S)				
	I відрізок часу (S ₁)	II відрізок часу (S ₂)	III відрізок часу (S ₃)	IV відрізок часу (S ₄)	V відрізок часу (S ₅)
Емоційно нестійкий	0,25	0,12	0,07	0,07	0,11
Астенічний	0,2	0,09	0,06	0,15	0,15
Імпульсивний	0,16	0,03	0,09	0,06	0,06

За всіма показника S, що були отримані у процесі повторного виконання методики, будуємо графік, дані якого дають можливість говорити про динаміку зміни продуктивності та стійкості уваги дітей з різними типами синдрому гіперактивності в часі (рис. 3.2).

Як видно з графіка продуктивність уваги у розумово відсталих дітей ЕГ з синдромом гіперактивності різних типів зростає після проведення психологічної корекції. У групи розумово відсталих дітей з синдромом гіперактивності емоційно нестійкого типу показник продуктивності та стійкості уваги за перший відрізок часу становить 0,25, що говорить не про зону дуже низькопродуктивної уваги, а про зону низькопродуктивної уваги. У групі розумово відсталих дітей з синдромом гіперактивності астенічного типу за перший проміжок часу показник стійкості та продуктивності уваги зріс з 0,09 до 0,2, який є межовим між зоною уваги дуже низькопродуктивної та низькопродуктивної. Загалом зростає кількість опрацьованих малюнків-мініатюр дітьми з усіма типами синдрому гіперактивності, а також зменшилася кількість помилок.

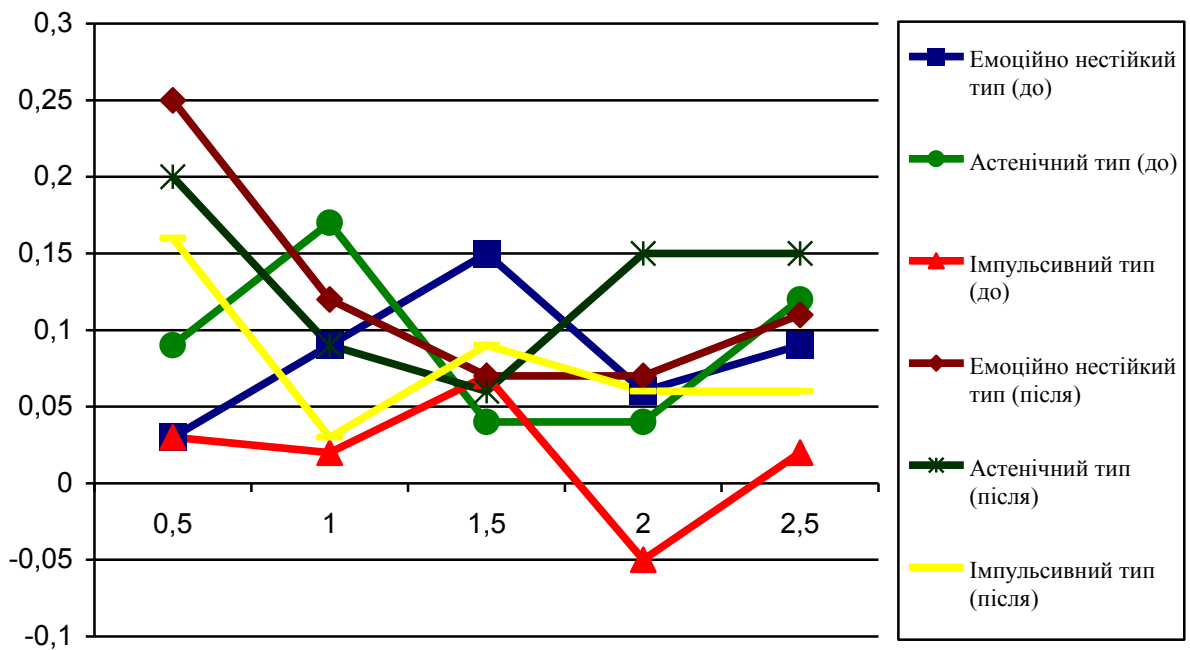


Рис. 3.2. Крива виснаження уваги розумово відсталих дітей експериментальної групи з синдромом гіперактивності різних типів до та після психологічної корекції.

Розумово відсталими дітьми з синдромом гіперактивності емоційно нестійкого типу контрольної групи було опрацьовано за весь час виконання коректурної проби 56 малюнків-мініатюр та допущено 5 помилок; групою розумово відсталих дітей з синдромом гіперактивності астенічного типу КГ було опрацьовано 48 малюнок-мініатюру та допущено 3 помилки; групою розумово відсталих дітей з синдромом гіперактивності імпульсивного типу КГ – 55 малюнків-мініатюр та допущено 6 помилок.

За результатами методики «Коректурна проба» ми можемо вивести загальний показник стійкості та продуктивності уваги для розумово відсталих дітей з синдромом гіперактивності ЕГ та КГ, який враховує загальну кількість опрацьованих малюнків-мініатюр всіма дітьми, загальну кількість помилок, допущених під час виконання завдання, а також весь час роботи (150 секунд). Таким чином, ми можемо вивести загальний показник S для кожної групи розумово відсталих дітей з синдромом гіперактивності ЕГ та КГ відповідно до його типу (табл. 3.14).

Результати стійкості та продуктивності уваги розумово відсталих дітей з синдромом гіперактивності різних типів до та після психологічної корекції

Типи синдрому гіперактивності у розумово відсталих дітей	Показник стійкості та продуктивності уваги (S)			
	До корекції		Після корекції	
	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ
Емоційно нестійкий	0,083	0,080	0,125	0,090
Астенічний	0,091	0,087	0,129	0,097
Імпульсивний	0,017	0,032	0,078	0,061

Після визначення показника стійкості й продуктивності уваги та побудови графіку, переводимо показник в бальну оцінку. Після проведення психологічної корекції розумово відсталі діти з синдромом гіперактивності різних типів експериментальної та контрольної груп отримали показник в 0-1 бал, що вказує на дуже низький рівень стійкості та продуктивності уваги.

Рівень розвитку уваги залишився на тому ж рівні, проте підвищилася продуктивність і темп виконання завдання у дітей експериментальної групи, що характеризує доцільність застосування коректурних проб в якості корекційних.

Як показали результати методики «Коректурна проба», існують статистично значимі розбіжності між показником стійкості та продуктивності уваги до та після корекції у розумово відсталих дітей з емоційно нестійким типом синдрому гіперактивності експериментальної групи (критерій Вілкоксона, $p \leq 0,05$), астенічним (критерій Вілкоксона, $p \leq 0,05$), імпульсивним (критерій Вілкоксона, $p \leq 0,01$).

За результатами повторної психологічної діагностики розумово відсталих дітей дошкільного віку з синдромом гіперактивності спостерігається позитивна тенденція до зниження імпульсивності, гіперактивності – провідних симптомів синдрому. Рівень розвитку уваги залишився на тому ж рівні, проте підвищилася продуктивність і темп

виконання завдання, що характеризує доцільність застосування коректурних проб в якості корекційних.

Відповідно до результатів повторного проведення психодіагностики розумово відсталих дітей дошкільного віку з синдромом гіперактивності, що склали експериментальну групу, можна спостерігати позитивну зміну форми тяжкості перебігу синдрому (значимість критерію Вілкоксона становить $p \leq 0,05$) (табл. 3.15).

Таблиця 3.15

Результати прогресивної зміни тяжкості синдрому гіперактивності у розумово відсталих дітей дошкільного віку експериментальної групи (кількість/%)

Типи Форми	Результати						Загальний результат	
	Емоційно нестійкий		Імпульсивний		Астенічний		до	після
	до	після	до	після	до	після		
Легка	3/10,7	5/17,8	3/10,7	7/25	1/3,6	4/14,3	7/25	16/57,1
Середня	4/14,3	2/7,1	6/21,4	3/10,8	3/10,7	2/7,1	13/46,4	7/25
Тяжка	2/7,1	1/3,6	4/14,4	2/7,1	2/7,1	1/3,6	8/28,6	4/14,3

Провівши індивідуальну та групову психологічну корекцію, що передбачала застосування методів та прийомів подолання гіперактивності, імпульсивності, корекції уваги; роботу з батьками та вихователями розумово відсталих дітей, що включала рекомендації та тренінги, ми спостерігаємо зниження кількості дітей, які мають тяжку форму перебігу синдрому гіперактивності в два рази, кількість дітей з середньою формою синдрому зменшилася на 21,4 %, з легкою формою синдрому гіперактивності спостерігаємо 57,1 % дітей, одній розумово відсталій дитині ми не змогли підтвердити синдром гіперактивності після проведення повторної діагностики як результат ефективної психологічної корекції.

Таким чином, проведений формувальний експеримент, що передбачав застосування системи надання психологічної допомоги та реалізацію корекційної програми з метою зниження проявів імпульсивності, гіперактивності, неуважності, а також проявів коморбідних розладів при синдромі гіперактивності (агресивність, тривожність) у розумово відсталих

дітей дошкільного віку з синдромом показав, що вона підтвердила свою ефективність, а рекомендації, запропоновані батькам та вихователям можуть мати психопрофілактичне значення, що буде сприяти попередженню виникнення даного розладу у розумово відсталих дітей групи ризику.

Висновки до третього розділу

1. У процесі розроблення психокорекційної програми проаналізовано психотерапевтичні теорії: психодинамічна, гуманістична, поведінкова, когнітивна, сімейних систем. Визначено пріоритетність методів поведінкової психотерапії та сімейних систем у системі психокорекції синдрому гіперактивності у розумово відсталих дітей як найбільш адекватних стосовно даної категорії дітей та оптимальних щодо залучення до співпраці батьків та вихователів. В якості методологічного підґрунтя представлено принципи психологічної корекції синдрому гіперактивності у дітей дошкільного віку з легкою розумовою відсталістю.

2. Розроблено систему психокорекційної роботи, яка являє собою цілісний безперервний процес впливу на розумово відсталу дитину з синдромом гіперактивності дошкільного віку та містить сукупність заходів, спрямованих на раннє виявлення синдрому, визначення чинників, що його провокують, та вплив на них за допомогою комплексу методів, що є найефективнішими для досягнення конкретного завдання – зниження проявів та форм синдрому гіперактивності. Програма психокорекції складалася з діагностичного, корекційного та консультативного блоків.

3. На основі виділених типів синдрому гіперактивності у розумово відсталих дітей були складені комплексні корекційні програми, підібрані методи та методики впливу на дітей з урахуванням домінуючих симптомів. Комплексна психолого-педагогічна програма включала систему психокорекційних вправ та ігор, арт-терапевтичні завдання, релаксацію, дихальні вправи та техніки, окорухові вправи, вправи для розвитку дрібної

моторики, функціональні вправи, також, обов'язковою, була інформативна робота з батьками дитини та вихователями спеціальних

4. Визначено основні завдання програми психологічної корекції синдрому гіперактивності у розумово відсталих дітей дошкільного віку, що полягали у навчанні дитини релаксації, управлінню власними емоціями; створенні позитивної мотивації, ситуацій успіху; корекції негативних форм поведінки; навчанні комунікативних навичок та збагаченні досвіду спілкування, розвиток навичок міжособистісної взаємодії.

5. Доведено ефективність експериментальної програми психокорекції. Аналіз результатів після проведеного формувального дослідження показав зниження кількості дітей, які мають тяжку форму перебігу синдрому гіперактивності в два рази, кількість дітей з середньою формою синдрому зменшилася на 21,4 %, з легкою формою синдрому гіперактивності спостерігаємо 57,1 % дітей, 1 розумово відсталий дитині не підтверджено синдром гіперактивності як результат ефективної психологічної корекції. Відзначено суттєві зрушення в системі уявлень батьків про сутність синдрому гіперактивності та покращення їхнього ставлення до своїх дітей, що мають цей розлад.

Основний зміст розділу висвітлений в працях автора:

1. Касьян М. В. Особливості корекційної роботи з дітьми з СДУГ // Освіта та наука у вимірах ХХІ століття : мат-ли звітно-наук. конф. студентів. – К.: Вид-во НПУ імені М. П. Драгманова, 2010. – С. 197-198.
2. Касьян М. В. Психопрофілактика синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю у дітей дошкільного віку // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгманова, Серія 19. Корекційна педагогіка та психологія: зб. наук. праць. – К.: НПУ імені М. П. Драгманова, 2011. - № 19. – С. 264-267.
3. Федоренко М. В. Методологические подходы к коррекции синдрома гиперактивности у детей дошкольного возраста с умственной отсталостью // Psihologie pedagogie specială asistentă socială. - Nr 1 (38)/ 2015. - P. 47-57.

ВИСНОВКИ

Проведене теоретичне й експериментальне дослідження проблеми психологічної діагностики та корекції синдрому гіперактивності у розумово відсталих дітей дошкільного віку дозволяє зробити такі висновки:

1. Аналіз медико-психолого-педагогічної джерельної бази дослідження засвідчив, що в науковій літературі досить докладно відображено проблему синдрому гіперактивності у дітей, які не мають порушень інтелектуального розвитку. Проте, на сьогодні існують лише фрагментарні уявлення щодо діагностики та психокорекції синдрому гіперактивності у розумово відсталих дітей дошкільного віку. Визначені причини виникнення синдрому гіперактивності з позицій нейромедіаторної, нейрофізіологічної, генетичної, медико-біологічної, нейропсихологічної, дизонтогенетичної, макро-соціального впливу, соціально-психологічної концепцій, які підкреслюють необхідність застосування комплексного підходу до діагностики та корекції синдрому гіперактивності у розумово відсталих дітей.

2. З метою виявлення синдрому гіперактивності у розумово відсталих дітей дошкільного віку були виділені особливості прояву зазначеного синдрому, урахування яких дозволить стверджувати про наявність відповідного порушення у розумово відсталої дитини. Спираючись на критерії DSM-IV та МКХ-10, було скориговано та адаптовано критерії визначення розладу, які б враховували вік обстежуваних дітей та особливості інтелектуального розвитку. Розроблено комплекс діагностичних процедур для виявлення синдрому гіперактивності у розумово відсталих дітей дошкільного віку, який включає застосування біографічного методу, спостереження, опитування батьків, вихователів, психологів, а також використання спеціальних психодіагностичних методик, адаптованих до особливостей контингенту досліджуваних дітей. Найбільш інформативними методами діагностики синдрому гіперактивності у дошкільників з легким ступенем розумової відсталості виявилися метод спостереження,

узагальнення незалежних характеристик (від батьків, вихователів, психологів) у поєднанні з проєктивними методиками.

3. Виділено три типи синдрому гіперактивності у розумово відсталих дітей: емоційно нестійкий (підвищена емоційна збудливість, спалахи роздратованості, невмотивовані коливання настрою), імпульсивний (виражений неспокій з великою кількістю зайвих рухів, непосидючість, балакучість, імпульсивність) та астенічний (значні порушення уваги, підвищена стомлюваність, повільність, труднощі в засвоєнні знань та дій).

За ступенем тяжкості даного розладу в кожному з типів синдрому гіперактивності виділено такі клінічні форми: легка (симптоми виражені мінімально, порушення в соціальному житті майже не виявляються), середня (симптоми виражені недостатньо інтенсивно, спостерігаються труднощі в оволодінні навичками, соціальному житті, комунікації; можуть коригуватися), тяжка (всі симптоми яскраво виражені, значні труднощі в навчанні та соціальному житті). Встановлено, що типи та форми синдрому гіперактивності в розумово відсталих дітей обумовлені як зовнішніми, так і внутрішніми чинниками.

4. Визначені принципи психокорекційної роботи: комплексності корекційних впливів – розглядає психокорекцію як єдиний комплекс клініко-психолого-педагогічних впливів; єдності діагностики, профілактики та корекції – ґрунтується на дієвості психологічної допомоги та профілактики за умов ефективної психологічної діагностики; диференційованого та індивідуального підходу – полягає в розумінні дитини як цілісної особистості з урахуванням всіх її труднощів та індивідуальних особливостей; особистісно-діяльнісного підходу – ґрунтується на теорії формування особистості в процесі діяльності, що обумовлює необхідність реалізації психокорекційної роботи з урахуванням провідного виду діяльності; ієрархічний принцип – психологічна корекція базується на актуальному рівні психічного розвитку дитини, орієнтується на зону найближчого розвитку, передбачає максимальну активність дитини, батьків та фахівців; каузальний

принцип – реалізується за рахунок усунення причин та джерел відхилень у психічному розвитку дитини.

5. Обґрунтовано та апробовано комплексну програму психокорекції, що містила систему психокорекційних вправ та ігор, арт-терапевтичні завдання, релаксацію, дихальні вправи та техніки, окорухові вправи, вправи для розвитку дрібної моторики, функціональні вправи. Система роботи передбачала інформативну роботу з батьками дитини та вихователями спеціальних дошкільних закладів.

У відповідності з типом синдрому гіперактивності у розумово відсталих дітей дошкільного віку здійснено диференційований психокорекційний вплив: для астенічного – є релаксаційні вправи, арт-терапевтичні та дихальні техніки; з імпульсивним типом – рухливі ігри, вправи на вивільнення гніву та агресії, психогімнастичні вправи, дихальні вправи, розвиток дрібної моторики; з емоційно нестійким типом запропоновано рухливі та релаксаційні вправи, а також спрямовані на розвиток розуміння та вираження емоцій, психом'язові тренування.

6. Доведено ефективність експериментальної програми психокорекції синдрому гіперактивності у розумово відсталих дітей дошкільного віку. Результати контрольного експерименту засвідчили зниження кількості дітей із тяжкою формою синдрому гіперактивності в два рази, кількість дітей з середньою формою зменшилася на 21,4 %, з легкою формою – на 57,1 %. Одній розумово відсталій дитині не підтверджено діагноз «синдром гіперактивності» після проведення повторної діагностики.

Проведене дослідження не претендує на всебічність охоплення проблеми синдрому гіперактивності та механізмів його корекції. Здійснено психологічний акцент на діагностиці та корекції синдрому гіперактивності у дітей дошкільного віку з легкою розумовою відсталістю. Перспективи подальших досліджень проблеми полягають в розробці методики психопрофілактики та корекції синдрому гіперактивності в дітей з помірним ступенем розумової відсталості, а також дітей старших вікових категорій.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Агавелян М. Г. Оpozнание невербального поведения человека умственно отсталыми школьниками : автореф. дис. на соиск. учен. степени канд. психол. наук / М. Г. Агавелян. – Екатеринбург, 1998. – 17 с.
2. Александров А. А. Современная психотерапия : курс лекций / А. А. Александров. – СПб. : Академический проект, 1997. – 335 с.
3. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства / Ю. А. Александровский. – М. : Медицина, 2000. – 496 с.
4. Альбрехт Э. Я. Психолого-педагогическая характеристика нарушений поведения у подростков, страдающих олигофренией [Текст] : автореф. дис. на соиск. учен. степени канд. пед. наук : спец. 13.00.03 / Э. Я. Альбрехт. – М. : АПН СССР, НИИ дефектологии, 1976. – 21 с.
5. Альтхерр П. Гиперактивные дети. Коррекция психомоторного развития / П. Альтхерр, Л. Берг, А. Вельфль, М. Пассольт. – М. : Издательский центр «Академия», 2004. – 214 с.
6. Амен Д. Дж. Мозг и душа. Новые открытия о влиянии мозга на характер, чувства, эмоции / Д. Дж. Амен. – Москва : Эксмо, 2012 – 144 с.
7. Ананьев Б. Г. Человек как предмет познания / Б. Г. Ананьев // Избранные психологические труды / под ред. А. А. Бодалева, Б. Ф. Ломова, Н. В. Кузьминой : в 2-х т. – Т. 1. – М., 1980. – 265 с.
8. Андронникова Е. А. Методы исследования восприятия, внимания и памяти : рук-во для практ. психологов / Е. А. Андронникова, Е. В. Заика. – Харьков, 2011. – 161 с.
9. Антропов Ю. Ф. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков / Ю. Ф. Антропов, Ю. С. Шевченко. – М. : Изд-во института психотерапии, Изд-во НГМА, 2000. – 320 с.

10. Артпедагогика и арттерапия в специальном образовании / под ред. Е. А. Медведевой, И. Ю. Левченко, Л. М. Комиссаровой, Г. А. Добровольской и др. – М. : Академия, 2001. – 248 с.
11. Астапов В. М. Введение в дефектологию с основами нейро- и патопсихологии / В. М. Астапов. – М. : Просвещение, 1994. – 136 с.
12. Бадалян Л. О. Синдромы дефицита внимания у детей (обзор) / Л. О. Бадалян, Н. Н. Заваденко, Т. Ю. Успенская // Обозрения психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева, 1993. – № 3. – С. 73-90.
13. Бадалян Л. О. Невропатология / Л. О. Бадалян. – М. : Просвещение, 1982. – 280 с.
14. Баенская Е. Р. Психологическая помощь при нарушениях раннего эмоционального развития : метод. пособие / Е. Р. Баенская, М. М. Либлинг. – М. : Экзамен, 2004. – 128 с.
15. Баранов А. А. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ): этиология, патогенез, клиника, течение, прогноз, терапия, организация помощи / А. А. Баранов // Экспертный доклад. – М. : 2007. – 64 с.
16. Безруких М. М. Дети, которых не понимают взрослые / М. М. Безруких // Дошкольное воспитание. – 2002. – № 5. – С. 8-14.
17. Бек Дж. Когнитивная терапия. Полное руководство / Дж. Бек. – М. : Вильямс, 2006. – 400 с.
18. Белоусова Е. Д. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью / Е. Д. Белоусова, М. Ю. Никанорова // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2000. – № 3. – С. 39-43.
19. Бехтерев В. М. Объективная психология / В. М. Бехтерев. – М. : Наука, 1991. – 480 с.
20. Бехтерев В. М. Проблемы развития и воспитания человека / под ред. А. В. Брушлинского, В. А. Кольцовой. – М. : Изд-во «Институт практической психологии», Воронеж : НПО «МОДЭК», 1997. – 416 с.

21. Бистрова Ю. О. Особливості конфліктної поведінки розумово відсталих підлітків [Текст] : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня. канд. психол. наук : спец. 19.00.08 / Ю. О. Бистрова ; Ін-т спец. педагогіки АПН України. – К., 2007. – 20 с.

22. Божович Л. И. Личность и ее формирование в детском возрасте / Л. И. Божович. – М., Просвещение, 1968. – 287 с.

23. Божович Л. И. К развитию аффективно-потребностной сферы человека / Л. И. Божович // Проблемы общей, возрастной педагогической психологии / под ред. В. В. Давыдова. – Москва : Педагогика, 1978. – С. 168-179.

24. Болотовский Г. В. Гиперактивный ребенок / Г. В. Болотовский, Л. С. Чутко, И. В. Попова. – СПб. : НПК «Омега», 2010. – 160 с.

25. Бондар В. І. Спеціальна освіта в Україні: погляди в майбутнє / В. І. Бондар. – К., 2004. – С. 29–114.

26. Бондар В. І. Партнерство науки і недержавних організацій як умова гуманізації освіти дітей з особливостями психофізичного розвитку / В. І. Бондар // Дидактичні та соціально-психологічні аспекти корекційної роботи у спеціальній школі : [наук.-метод. зб.] – Вип. 6 / за ред. В. І. Бондаря, В. В. Засенка.– К., 2005. – 440 с.

27. Бреслав Г.М. Эмоциональные особенности формирования личности в детстве. Норма и отклонение / Г. М. Бреслав. – М. : Педагогика, 1990. – 144 с.

28. Брызгунов И. П. Непоседливый ребенок, или всё о гиперактивных детях / И. П. Брызгунов, Е. В. Касатикова. – 2-е изд., испр. и доп. – М. : Психотерапия, 2008. – 208 с.

29. Брызгунов И. П. Непоседливый ребенок / И. П. Брызгунов, Е. В. Касатикова. – М. : Изд-во института психиатрии, 2001. – 96 с.

30. Бурлачук Л. Ф. Словарь-справочник по психодиагностике / Л. Ф. Бурлачук, С. М. Морозов. – СПб.: Питер, 2001. – 528 с. : ил.

31. Бэрн Р. Агрессия / Р. Бэрн, Д. Ричардсон : [пер. с англ.] / под ред. Е. Строгановой. – СПб : Питер, 2001. – 352 с.
32. Венар Ч. Психопатология развития детского и подросткового возраста / Чарльз Венар, Патрисия Кериг. – СПб. : Прайм-ЕВРОЗНАК, 2007. – 670 с.
33. Вайсс Д. Как работает психотерапия: процесс и техника. – М. : «Класс», 1998. – 240 с.
34. Возрастно-психологический подход в (консультировании детей и подростков/ Г. В. Вурменская, Е. И. Захарова, О. А. Карабанова и др. — М. : «Академия», 2002. – 238 с.
35. Вопросы обучения и воспитания детей с нарушениями интеллекта / под ред. М. И. Кузьмицкой. – М. : Просвещение, 1974. – 135 с.
36. Воропаева И. П. Коррекция эмоциональной сферы младших школьников / И. П. Воропаева. – М. : 1993. – 57 с.
37. Выготский Л. С. Основы дефектологии / Л. С. Выготский. – СПб. : Лань, 2003. – 656 с.
38. Выготский Л. С. Собрание починений : в 6-ти томах : Т. 3. Педагогика. Проблемы развития психики / Л. С. Выготский. – Москва : Педагогика, 1983. – 368 с.
39. Гаврилушкина О. П. Воспитание и обучение умственно отсталых дошкольников / О. П. Гаврилушкина, Н. Д. Соколова. – М. : Просвещение, 1985. – 55 с.
40. Гальперин П. Я. Введение в психологию : учеб. пособие для вузов. – М. : «Книжный дом «Университет», 1999. – 332 с.
41. Гарбузов В. И. Практическая психотерапия В. И. Гарбузов. – СПб. : АО «Сфера», 1999. – 166 с.
42. Гарбузов В. И. Неврозы у детей и их лечение / В. И. Гарбузов, А. И. Захаров, Д. Н. Исаев. – Л., 1977. – 312 с.

43. Гасанов Р. Ф. Формирование представлений о синдроме дефицита внимания у детей / Р. Ф. Гасанов. – СПб. : Изд. Центр СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2009. – 174 с.
44. Геодакян В. А. Асинхронная асимметрия / В. А. Геодакян // Журнал ВНД. – 1993. – Т. 43. – Вып 3. – С. 543-561.
45. Гигиенические аспекты адаптации к школе детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности /Л. М. Матюхина, Т. С. Борисова, Т. А. Емельянцева // Здоровье и окружающая среда : сб. науч. тр. – Минск, 2012. – Вып. 20. – С. 147-150.
46. Годфруа Ж. Что такое психология? / Ж. Годфруа. – Т. 2. – М. : Мир, 1992. – 496 с.
47. Головина Т. Н. Изобразительная деятельность учащихся вспомогательной школы / Т. Н. Головина. – Москва : Педагогика, 1974. – 145 с.
48. Гончарук Н. М. Специфіка формування комунікативних навичок у дітей з різними психологічними проблемами / Н. М. Гончарук // Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України / за ред. С. Д. Максименка, Л. А. Онуфрієвої. – Вип. 15. – Кам'янець Подільський : Аксіома, 2012. – С. 134-143.
49. Горбачевская Н. Л. Нейрофизиологическое исследование синдрома дефицита внимания с гиперактивностью / Н. Л. Горбачевская, Н. Н. Заваденко, А. Б. Сорокин, Н. В. Григорьева. – Томск : Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2003. – № 1. – С. 47-51.
50. Грибанов А. В. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей / А. В. Грибанов, Т. В. Волокитина, Е. А. Гусева, Д. Н. Подоплекин. – М. : Академический проект, 2004. — 176 с.
51. Григорович Л. А. Педагогика и психология : учеб. пособие / Л. А. Григорович, Т. Д. Марцинковская. – М. : Гардарики, 2001. – 480 с.
52. Гройсман А. Л. Медицинская психология : монографія / А. Л. Гройсман. – М. : Издательский дом МАГИСТР-ПРЕСС, 2002. – 452 с.

53. Groshenkov I. A. Изобразительная деятельность в специальной (коррекционной) школе VIII вида / И. А. Groshenkov. – М. : Академия, 2002. – 208 с.
54. Детская патопсихология : хрестоматия / сост. Н. Л. Белополюская. – 2-е изд., испр. – М., «Когито-Центр», 2001. — 351 с.
55. Дмитриев А. А. Коррекционно-педагогическая работа по развитию двигательной сферы учащихся с нарушениями интеллектуального развития : учеб. пособие / А. А. Дмитриев. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : Изд-во Московского психолого-социального института ; Воронеж : Изд-во НПО «МОДЭК», 2004. – 224 с.
56. Дмитриева Т. Б. Клиническая нейрохимия в психиатрии / Т. Б. Дмитриева, А. З. Дроздов, Б. М. Коган. – М. : РИО ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 1998. – 300 с.
57. Дормашев Ю. Б. Психология внимания : учеб. – 3-е изд., испр. / Ю. Б. Дормашев, В. Я. Романов. – М. : Флинта, 2002. – 376 с.
58. Дубровина И. В. Диагностическая и коррекционная работа школьного психолога / И. В. Дубровина. – М. : АПН, 1987. – 95 с.
59. Дульнев Г. М. Учебно-воспитательная работа во вспомогательной школе. / под ред. Т. А. Власовой, В. Г. Петровой. – М. : Просвещение, 1981. – 176 с.
60. Евлахова Э. А. Особенности восприятия сюжетно-художественных картин учащимися вспомогательных школ / Э. А. Евлахова. – М. : АПН РСФСР, 1958. – 56 с.
61. Заваденко Н. Н. Гиперактивность с дефицитом внимания у детей. Проблемы диагностики и лечения / Н. Н. Заваденко // Фармакотерапия в неврологии и психиатрии. – М., 2002. – С. 103-116.
62. Заваденко Н. Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте : учеб. пособие / Н. Н. Заваденко. – Москва : Академия, 2005. – 256 с.

63. Заваденко Н. Н. Как понять ребенка: дети с гиперактивностью и дефицитом внимания / Н. Н. Заваденко. – Москва : Школа-Пресс 1, 2002. – 250 с.
64. Заваденко Н. Н. Факторы риска для формирования дефицита внимания и гиперактивности у детей / Н. Н. Заваденко // Мир психологии. – 2002. – № 1. – С. 6-13.
65. Замский Х. С. Умственно отсталые дети: история их изучения, воспитания и обучение с древних времен до середины 20 века / Х. С. Замский. – М. : НПО Образование, 1995. – 400 с.
66. Занков Л. В. Психология умственно отсталого ребенка / Л. В. Занков. – М. : Учпедгиз, 1939. – 64 с.
67. Запорожец А. В. Эмоциональное развитие дошкольника / А. В. Запорожец, Я. З. Неверович, А. Д. Кошелева [и др.] – М. : Просвещение, 1985. – 176 с.
68. Запрягаев Г. Г. Психологическая характеристика подростков с трудностями поведения : автореф. дис. на соиск. учен. степени канд. психол. наук : спец. 19.00.10 – спец. психология / Г. Г. Запрягаев. – Москва, 1986. – 17 с.
69. Захаров А. И. Предупреждение отклонений в поведении ребенка / А. И. Захаров. — Санкт-Петербург : «Издательство Союз», «Лениздат», 2000. – 221 с.
70. Зейгарник Б. В. Личность и патология деятельности / Б. В. Зейгарник. – М. : МГУ, 1971. – 99 с.
71. Зейгарник Б. В. Очерки по психологии аномального развития личности / Б. В. Зейгарник, Б. С. Братусь. – М. : Изд-во Московского университета, 1980. – 157 с.
72. Иванов Е. С. К вопросу о синдроме гиперактивности с дефицитом внимания / Е. С. Иванов // Трудности развития у детей: диагностика и коррекция : мат-лы III межрегиональной конференции / под

ред. Е. Л. Иденбаум, Л. Ю. Долгих. – Иркутск : Изд-во Иркут. гос. пед. ун-та, 2006. – С. 26-29.

73. Иванов Е. С. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью как самостоятельная форма дизонтогенеза / Е. С. Иванов // Ананьевские чтения. – 2006. – С. 558-560.

74. Исаев Д. Н. Психопатология детского возраста : учеб. для вузов / Д. Н. Исаев. – СПб. : СпецЛит, 2001. – 463 с.

75. Исаев Д. Н. Умственная отсталость у детей и подростков / Д. Н. Исаев. – Изд-во «Речь», 2007. – 391 с.

76. Ілляшенко Т. Д. Як навчати дітей з порушеннями психофізичного розвитку [Текст] / Т. Д. Ілляшенко, А. Г. Обухівська . – К. : Ніка-Центр, 2003. – 68 с.+ 14 арк. іл.

77. Касатикова Е. В. Характеристика детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью / Е. В. Касатикова, И. П. Брызгунов // Педиатрия. – 2000. – № 2. – С. 40-42.

78. Карелин А. М. Большая энциклопедия психологических тестов / А. М. Карелин. – М. : Эксмо, 2007. – С. 306-309.

79. Катаева А. А. Дошкольная олигофренопедагогика / А. А. Катаева, Е. А. Стребелева. – М. : Просвещение, 1988. – 143 с.

80. Каукенайте Л. Ю. Формирование первоначальных навыков и привычек культуры поведения у учащихся первого класса вспомогательной школы : автореф. дис. на соиск. учен. степени канд. пед. наук / Л. Ю. Каукенайте. – Л. : Ленинградский пед. институт им. А. И. Герцена, 1975. – 19 с.

81. Кашенко В. П. Исключительные дети. Дети нервные, трудные и отсталые. Их изучение и воспитание / В. П. Кашенко, Г. В. Мурашев. – М. : Работник просвещения, 1929. – 125 с.

82. Квашнина Л. В. Гиперактивные дети: подходы к коррекции в педиатрической практике / Л. В. Квашнина, И. С. Майдан // Здоров'я України. — 2010. – № 1. – С. 6-7.

83. Кистенева Е. П. Понимание эмоциональных состояний умственно отсталыми детьми [Текст] : автореф. дис. на соиск. учен. степени. канд. пед. наук / Екатерина Петровна Кистенева ; Моск. пед. гос. ун-т. – М., 2000. – 16 с.
84. Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста / В. В. Ковалев. – М. : Медицина, 1995. – 560 с.
85. Ковалев В. В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков / В. В. Ковалев. – М. : Медицина, 1985. – 288 с.
86. Корекційні заняття психолога з дітьми 4-6 років / упоряд. Т. Ш. Червонна. – К.: Шк. світ, 2009. – 128 с.
87. Коробко С. Л. Работа психолога с младшими школьниками [Текст] : метод. посіб. / С. Л. Коробко, О. І. Коробко. – К. : Літера ЛТД, 2006. – 416 с.
88. Коррекционное обучение как основа личностного развития аномальных дошкольников / под ред. Л. П. Носковой. – М. : Педагогика, 1983. – 176 с.
89. Кропотов Ю. Д. Современная диагностика и коррекция синдрома нарушения внимания. Нейрометрия, электромагнитная томография и нейротерапия / Ю. Д. Кропотов. – Санкт-Петербург : ЭЛБИ-СПб, 2005. – 148 с.
90. Крукеницька О. Я. Характерологічний профіль матерів гіперактивних дітей / О. Я. Крукеницька // Практична психологія та соціальна робота. – 2007. – № 7. – С. 23-28.
91. Ксенофонтова Г. Ф. Воспитание личности умственно отсталого школьника в процессе формирования детского коллектива (из опыта работы) / Г. Ф. Ксенофонтов // Дефектология. – № 5. – 2001. – С. 64-69.
92. Кузьмина Е. С. Роль игры в развитии целенаправленной деятельности учащихся I-III классов вспомогательной школы [Текст] : автореф. дис. на соиск. учен. степени канд. психол. наук / Е. С. Кузьмина //

Академия педагогических наук СССР, Научно-исследовательский институт дефектологии. – М., 1985. – 21 с.

93. Кузьмина Е. С. Развитие эмоционально-волевой сферы умственно отсталых младших школьников / Е. С. Кузьмина // Коррекционно-развивающая направленность обучения и воспитания умственно отсталых детей. — М. : МГПИ, 1987. – С. 104-108.

94. Кузьмицкая М. И. Организация детского коллектива во вспомогательной школе. М. : Академия пед. наук, Институт дефектологии, 1959. – 47 с.

95. Куцінко О. Синдром гіперактивності в дітей і школа ХХІ століття / О. Куцінко // Директор школи. Шкільний світ. Газета для керівників шкіл. – Київ : Шкільний світ, 2009. – № 32. – С. 3-8.

96. Кучма В. Р. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей / В. Р. Кучма, И. П. Брызгунов // Вопросы эпидемиологии, этиологии, диагностики, лечения, профилактики и прогноза. – М. : Олег и Павел, 1994. – С. 23-26.

97. Лазарев М. Л. Влияние психологических факторов на физическое здоровье детей [Текст] : дисс. ... канд. психол. наук : спец. 19.00.13 / М. Л. Лазарев ; Московская медицинская академия им. И. М. Сеченова. – М., 1997. – 197 с.

98. Лапшин В. А. Основы дефектологии / В. А. Лапшин, Б. П. Пузанов. – М. : Просвещение, 1990. – 189 с.

99. Лебедева Л. Д. Практика арт-терапии: подходы, диагностика, система занятий / Л. Д. Лебедева. – СПб. : Речь, 2003. – 245 с.

100. Лебединская К. С. Подростки с нарушениями в аффективной сфере / К. С. Лебединская, М. М. Райская, Г. В. Грибанова. – М. : Педагогика, 1988. – 168 с.

101. Леонтьев А. Н. Избранные психологические произведения / А. Н. Леонтьев. – М., 1983. – 356 с.

102. Леонтьев А. Н. Потребности, мотивы, эмоции / А. Н. Леонтьев // Психология эмоции. – СПб. : Питер, 2004. – С. 257-267.
103. Леонтьев А. Н. Проблемы развития психики / А. Н. Леонтьев. – М. : Мысль, 1965. – 365 с.
104. Лисина М. И. Общение, личность и психика ребенка / М. И. Лисина / под ред. А. Г. Рузской. – М. : Воронеж, 1997. – 384 с.
105. Лохов М. И. Плохой хороший ребенок / М. И. Лохов, Ю. А. Фесенко, М. Ю. Рубин. – СПб. : Элби-СПб, 2003. – 320 с.
106. Лубовский В. И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей / В. И. Лубовский. – М. : Педагогика, 1983. – 103 с.
107. Лукерт Х. О. причинах гиперкинетического синдрома / Х. Лукерт // Гиперактивные дети: коррекция психомоторного развития / под ред. М. Пассольта. – М. : Издательский центр «Академия», 2004. – С. 16-17.
108. Лурия А. Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / А. Р. Лурия. – М. : Изд-во МГУ им. М. В. Ломоносова, 1962. – 504 с.
109. Лурия А. Р. Внимание и память / А. Р. Лурия. – М. : Изд-во МГУ, 1975. – 105 с.
110. Лютова Е. К. Шпаргалка для взрослых: психокоррекционная работа с гиперактивными, агрессивными, тревожными и аутичными детьми / Е. К. Лютова, Г. Б. Моница. – М. : Генезис, 2000. – 192 с.
111. Лютова Е. К. Тренинг эффективного взаимодействия с детьми / Е. К. Лютова, Г. Б. Моница. – СПб. : Изд-во «Речь», 2005. – 190 с.
112. Люшер Макс. Цветовой тест Люшера : [Пер. с англ.] / М. Люшер. – М. : Эксмо-Пресс, 2002. – 190 с.
113. Малинаускене М.-В. А.-А. Клинико-психологическая характеристика нарушений поведения у подростков, страдающих олигофренией : автореф. дис. на соиск. учен. степени канд. психол. наук / М.-

В. А.-А. Милинаускане. – Москва : АПН СССР. НИИ дефектологии, 1977. – 21 с.

114. Мамайчук И. И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии / И. И. Мамайчук. – Санкт-Петербург : Речь, 2006. – 400 с.

115. Мамайчук И. И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии / И. И. Мамайчук. – СПб. : Речь, 2001. – 220 с.

116. Марценковский И. А. Гиперкинетическое расстройство у детей: принципы диагностики и терапии / И. А. Марценковский, О. В. Ткачева // Therapia : Український медичний вісник. – 2006. – № 3. – С. 33-38.

117. Марценковський І. А. Програмно-цільове обслуговування дітей та підлітків з гіперкінетичним розладом / І. А. Марценковський, Я. Б. Бікшаєва та ін. // Медицинская газета «Здоровье Украины». – № 5 / 1. – 2009. – С. 1-3.

118. Матасов Ю. Т. Изучение мыслительной деятельности учащихся вспомогательной школы / Ю. Т. Матасов. – Л. : ЛОИУУ, 1991. – 24 с.

119. Матгнер Д. Сущность феномена детской гиперактивности / Д. Матгнер // Гиперактивные дети: коррекция психомоторного развития / под ред. М. Пассольта. – Москва : Издательский центр «Академия», 2004. – С. 30-31.

120. Махова В. М. Изучение личностных свойств и особенностей эмоционального реагирования детей с интеллектуальной недостаточностью в период их адаптации у школе / В. М. Махова // Дефектология. – 2000. – № 6. – С. 9-14.

121. Мачинская Р. И. Динамика электрической активности мозга у детей 5-8 лет в норме и при трудностях обучения / Р. И. Мачинская, И. П. Лукашевич, М. Н. Фишман // Физиология человека. – 1997. – Т. 23. – № 5. – С. 5-11.

122. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические

описания и указания по диагностике // Всемирная Организация Здравоохранения. – СПб., «АДИС», 1994. – 334 с.

123. Микадзе Ю. В. Нейропсихология детского возраста / Ю. В. Микадзе. – СПб. : Питер, 2008. – 288 с.

124. Мнухин С. С. О процессах адаптации при олигофрении // Восстановительная терапия и социально-трудовая реадaptация больных нервно-психическими заболеваниями : мат-лы всесоюзн. науч. конф. / С. С. Мнухин, Д. Н. Исаев. – Л., 1965. – С. 177-180.

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

126. Мурашова Е. В. Дети-«тюфяки» и дети-«катастрофы». Гиподинамический и гипердинамический синдром / Е. В. Бурашова. – Екатеринбург : У-Фактория, 2004. – 135 с.

127. Мэш Э. Детская патопсихология. Нарушения психики ребенка / Эрик Мэш, Дэвид Вольф. – М. : АСТ ; СПб. : прайм-ЕВРОЗНАК, 2007. – 511 с.

128. Намазбаева Ж. И. Эмоции и переживания у умственно отсталых школьников / Ж. И. Намазбаева // Совершенствование коррекционной работы с аномальными детьми / отв. ред. Ж. И. Намазбаева. – Алма-Ата, 1989. – С. 62-66.

129. Намазбаева Ж. И. Некоторые особенности личности учащегося вспомогательной школы / Ж. И. Намазбаева // Современное состояние исследований по изучению, обучению и трудовой подготовки аномальных детей : тезисы докладов. – М., 1983. – 198 с.

130. Неверович Я. З. Развитие социальных эмоций у детей / Я. З. Неверович. – М., Педагогика, 1989. – 272 с.

131. Немов Р. С. Психология : учеб. для студентов высш. пед. учеб. заведений : в 3-х кн. Кн. 3. Психодиагностика. Введение в научное

психологическое исследование с элементами математической статистики / Р. С. Немов. – М. : ВЛАДОС, 2000. – 640 с.

132. Ньюкиктъен Чарльз. Детская поведенческая неврология ; в 2-х томах. / Чарльз Ньюкиктъен ; пер. с англ. Д. В. Ермолаев, Н. Н. Заваденко, Н. Н. Полонская ; под ред. Н. Н. Заваденко. – Том 1. – М. : Теревинф, 2009. – 288 с.

133. Обухівська А. Г. Научуваність як діагностичний показник розумового розвитку дошкільників [Текст] : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук : спец. 19.00.08 / Обухівська Антоніна Григорівна ; Ін-т дефектології АПН України. – К., 1998. – 19 с.

134. Обухівська А. Г. Психологу про дітей з особливими потребами у загальноосвітній школі [Текст] : [посібник] / Антоніна Обухівська, Тамара Ілляшенко, Тамара Жук. – К. : Редакція загальнопедагогічних газет, 2012. – 126 с.

135. Оклендер В. Окна в мир ребенка. Руководство по детской психотерапии. Серия : Библиотека психологии и психотерапии / В. Оклендер. – М. : Изд-во : Независимая фирма "Класс". – 2005 – 336 с.

136. Омарова П. О. Развитие общения умственно отсталых младших школьников / П. О. Омарова. – Махачкала : Юпитер, 2002. – 120 с.

137. Осипенко Т. Н. Психологическая характеристика дошкольников в условиях нормального и аномального психоневрологического развития / Т. Н. Осипенко // Альманах «Исцеление». Вып. 2 / под. ред. И. А. Скворцова – М. : Тривола, 1995. – С. 102-124.

138. Осипенко Т. Н. Минимальная статико-моторная недостаточность у дошкольников (клинико-электронейромиографическое исследование) [Текст] / Т. Н. Осипенко, И. А. Скворцов, И. А. Иванова // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1988. – № 3. – С. 15-22.

139. Осипова А. А. Общая психокоррекция : учеб. пособие для студентов вузов / А. А. Осипова. — М. : ТЦ. Сфера, 2002. – 345 с.

140. Осипова А. А. Диагностика и коррекция внимания : программа

для детей 5-9 лет / А. А. Осипова., Л. И. Малашинская. – М. : ТЦ Сфера, 2004. – 104 с.

141. Особенности работы педагога с детьми, имеющими нарушения в поведении : метод. рекоменд. для специалистов образовательных учрежд. / сост. С. А. Лобина / отв. ред. Ю. А. Ульянова.– Новокуйбышевск, 2008. – 104 с.

142. Пальчик А. Б. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденных : рук-во для врачей / А. Б. Пальчик, Н. П. Шабалов. – СПб. : Изд-во «Питер», 2000. – 224 с.

143. Панфилова М. А. Графическая методика «Кактус» / М. А. Панфилова // Обруч. – 2000. – № 5. – С. 3-6.

144. Панфилова М.А. Такие разные кактусы // Школьный психолог. – 1998. – № 19. – 18 с.

145. Певзнер М. С. Дети-олигофрены / М. С. Певзнер. – М. : АПН РСФСР, 1959. – 486 с.

146. Перепада О. М. Специфіка діагностичного процесу при гіперактивному розладу / О. М. Перепада // Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди. Психологія. – 2011. – Вип. 38. – С. 134-141.

147. Переслени Л. И. Психофизиологические механизмы дефицита внимания у детей разного возраста с трудностями в обучении / Л. И. Переслени, Л. А. Рожкова // Физиология человека. – 1993. – Т. 19. – № 4. – С. 5-13.

148. Петрова В. Г. Проблема навчання і розвитку розумово відсталих дітей у спеціальній психології / В. Г. Петрова // Психолого-педагогічні основи корекційної роботи в спеціальній школі. Хрестоматія : [навч. посіб.] / за ред. С. П. Миронової. – Кам'янець-Подільський, 2004. – С. 61-64.

149. Петрынин А. Г. Педагогическая реабилитация несовершеннолетних с девиантно-криминальным поведением в условиях образовательного учреждения нового типа : дис. ... канд. пед. наук : спец.

13.00.01 / А. Г. Петрынин ; Хабаровский гос. пед. институт. – Хабаровск, 2000. – 236 с.

150. Петрюк І. Гіперактивність та дефіцит уваги в дитячому віці як фактор шкільної дезадаптації [Текст] / І. Петрюк // Трансформація особистості в умовах соціально-політичних та економічних змін : мат-ли міжнар. науково-практичної конференції. – Чернівці : Рута, 2007. – С. 529-534.

151. Піддубна Н. Гіперактивність старших дошкільників: причини та психологічна підтримка дітей. Актуальні проблеми психолого-педагогічного та соціального супроводу дитини на ранніх етапах соціалізації / Н. Піддубна // Гуманізація навчально-виховного процесу. – Спецвипуск 4. – Ч. І. – Слов'янськ. – 2010. – С. 223-230.

152. Плахотина О. Д. Личностные особенности умственно отсталых подростков с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью : дис. ... канд. псих. наук [Текст] : спец. 19.00.10 / О. Д. Плахотина ; Санкт-Петербургский государственный университет. – Санкт-Петербург, 1982. – 176 с.

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

154. Правило Е. С. Патопсихологические характеристики детей дошкольного возраста с гиперактивными расстройствами и дефицитом внимания [Текст] : дис. ... канд. псих. наук : спец. 19.00.04 / Е. С. Правило ; Санкт-Петербургский государственный ун-т. – Санкт-Петербург, 2010. – 208 с.

155. Практикум по возрастной психологии : учеб. пособие / под ред. Л. А. Головей, Е. Ф. Рыбалко. – СПб. : Речь, 2008. – 688 с. : ил.

156. Проективная психология / пер. с англ. — М. : Апрель Пресс, Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000. — 528 с.

157. Прокопів Л. Комплексний підхід у вихованні і навчанні гіперактивних дошкільників / Л. Прокопів // Психологія особистості. – 2013. – № 1. – С. 149-156.
158. Процко Т. А. Роль эмоционального фактора в нравственном воспитании умственно отсталых школьников / Т. А. Процко, Е. А. Ненашева // Дефектология. – 1986. – № 6. – С. 3-7.
159. Психиатрия, психосоматика, психотерапия / под ред. К. П. Кискера, Г. Фрайбергера, Г. К. Розе, Э. Вульфа. – М.: Алтейа, 1999. – 356 с.
160. Психокоррекционная и развивающая работа с детьми / под ред. И. В. Дубровиной. – М., 2001. – 321 с.
161. Психологические проблемы коррекционной работы во вспомогательной школе / под ред. Ж. И. Шиф, В. Г. Петровой, Т. Н. Головиной. — М. : Педагогика, 1980. – 176 с.
162. Психология дошкольников. Хрестоматия / под ред. Г. А. Урунтаевой. — М., 1997. – 272 с.
163. Психолого-педагогическое сопровождение гиперактивных дошкольников : учеб.-метод. пособие / под ред. О. В. Токарь, Т. Т. Зимаревой, Н. Е. Липай. — М. : Флинта : МПСИ, 2009. — 152 с.
164. Птичкина Е. Л. Семья и подросток: внутрисемейные детерминанты девиантного поведения старших подростков : учеб. пособие / Е. Л. Птичкина ; Камч. гос. ун-т. – Петропавловск-Камчатский : Издательство КамГУ, 2006. – 102 с.
165. Рассел Л. Баркли. Ваш непослушный ребенок / Л. Баркли Рассел, Кристина М. Бентон. – СПб. : Питер, 2004. – 218 с.
166. Ратнер А. Ю. Поздние осложнения родовых повреждений нервной системы [Текст] / А. Ю. Ратнер. – Казань : Изд-во Казанского университета, 1990. – 308 с.
167. Раттер М. Помощь трудным детям М. Раттер. – М. : Прогресс, 1987. – 424 с.

168. Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека / К. Роджерс. – М. : Издательская группа «Прогресс», 2001. – 480 с.
169. Роджерс К. Клиент-центрированная психотерапия / К. Роджерс. – М. : Апрель Пресс, Изд-во Эксмо-Пресс, 2002. – 512 с.
170. Роджерс К. Консультирование и психотерапия / К. Роджерс. – М. : Психотерапия, 2006. – 512 с.
171. Романенко О. В. Антиципація в структурі психічної діяльності дітей з церебральним паралічем : монографія / О. В. Романенко. – К. : О. Т. Ростунов, 2012. – 328 с
172. Романенко О. В. Формування прогнозу в мовленнєвій діяльності дітей з церебральним паралічем / О. В. Романенко // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та психологія : зб. наукових праць – К. : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2010. – № 16. – С. 304–309.
173. Романчук О. Гіперактивний розлад з дефіцитом уваги у дітей: практичне керівництво лікарям, психологам, педагогам / О. Романчук. – К. : Джерело, 2008. – 325 с.
174. Романчук О. Неповносправна дитина в сім'ї та в суспільстві / О. Романчук. – Львів, 2008. – 334 с.
175. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии. В 2-х т. : Т.1 / С. Л. Рубинштейн. – М., 1989. – 322 с.
176. Рубинштейн С. Л. Психология умственно отсталого школьника : учеб. пособие для студентов пед. ин-тов по спец. № 2111 «Дефектология». – 3-е изд., перераб. и доп. / С. Л. Рубинштейн. – М. : Просвещение, 1986. – 192 с.
177. Руденко Л. М. Основні підходи до психокорекції агресивної поведінки у розумово відсталих дітей / Л. М. Руденко // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та психологія : зб. наук. праць – К. : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2013. – № 23 – С. 379–384.

178. Руденко Л. М. Особливості агресивної поведінки розумово відсталих дітей [Текст] : монографія / Л. М. Руденко. – Київ : Вид-во Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова, 2013. – 323 с.

179. Руденко Л. Синдром гіперактивності з дефіцитом уваги у дітей: причини і діагностика / Л. Руденко // Наук.-практ. ж-л «Корекційна педагогіка. Вісник Української асоціації корекційних педагогів». – 2008. – № 2. – С. 9-12.

180. Руденко Л. М. Теоретична модель психокорекції порушення поведінки у дітей з розумовою відсталістю / Л. М. Руденко // Актуальні проблеми психології. Том XII. Психологія творчості : Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. – К. : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2013 – Вип. 16. – С. 406-413.

181. Сагидова А. С. Формирование благоприятных эмоциональных отношений детей с задержкой психического развития с окружающими / А. С. Сагидова // мат-лы Всерос. науч.-метод. конф. «Социализация детей с ограниченными возможностями в системе образовательных и социальных учреждений». – Махачкала : ИПЦ ДГУ, 2002 – С. 186–190.

182. Семаго М. М. Консультирование семей, имеющих детей с аномалиями развития / М. М. Семаго // Психотерапия в дефектологии. – М., 1992. – 280 с.

183. Семаго М. М. Социально-психологические проблемы семьи ребенка-инвалида с детства / М. М. Семаго. – М., 1992. – 376 с.

184. Семенович А. В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте / А. В. Семенович. – М. : Академия, 2002. – 232 с.

185. Синьов В. М. Особливості виховання соціально-нормативної поведінки учнів допоміжної школи / В. М. Синьов // Психолого-педагогічні основи корекційної роботи в спеціальній школі. Хрестоматія : [навч.

посібник] / за ред. М. П. Миронової. – Кам'янець-Подільський, 2004. – С. 197 – 203.

186. Синьов В. М. Розумова відсталість як педагогічна проблема : [навч. посіб.] / В. М. Синьов ; Мін-во освіти і науки України, НПУ імені М. П. Драгоманова. – К. : Вид-во НПУ, 2007. – 118 с.

187. Сиротюк А. Л. Синдром дефіцита уваги з гіперактивністю. Діагностика, корекція і практичні рекомендації батькам і педагогам / А. Л. Сиротюк. – М. : ТЦ Сфера, 2008 – 128 с.

188. Сім'я і дитина в умовах інклюзивної освіти [Текст] : метод. поради батькам щодо сімейного супроводу навчання дітей з порушеннями функцій опорно-рухового апарату : метод. посіб. / [А. Г. Шевцов та ін.] ; за заг. наук. ред. А. Г. Шевцова ; Всеукр. громад. орг. "Наук. т-во інвалідів "Ін-т соц. політики", Каф. ортопедагогіки та реабілітології Ін-ту корекц. педагогіки та психології Нац. пед. ун-ту ім. М. П. Драгоманова. – К. : Слово, 2013. – 106 с.

189. Скворцов И. А. Нейроонтогенетические аспекты детской неврологической инвалидности и новые подходы к терапии / И. А. Скворцова // Альманах «Исцеление». Вып. 1 / под ред. И. А. Скворцова. – М. : Тривола, 1993. – С. 11-24.

190. Специальная психология : учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / В. И. Лубовский, Т. В. Розанова, Л. И. Солнцева и др.; под ред. В. И. Лубовского. — 2-е изд., испр. — М. : Изд. центр «Академия», 2005. — 464 с.

191. Стадненко Н. М. Методика діагностики відхилень в інтелектуальному розвитку молодших школярів [Текст] / Н. М. Стадненко [та ін.] ; АПН України, Укр. наук.-метод. центр практичної психології і соц. роботи. – Кам'янець-Подільський : Зволенко Д. Г. [вид.], 2006. – 34 с.+ дод. 45 арк.

192. Стадненко Н. М. Нариси з олігофренопсихології [Текст] : Навч. посіб. для спец. "Дефектологія" / Н. М. Стадненко [и др.] ; заг. ред. Н. М.

Стадненко ; Кам'янець-Подільський держ. педагогічний ун-т. – Кам'янець-Подільський : [б.в.], 2002. – 199 с.

193. Стернина Т. З. Понимание эмоционального состояния другого человека детьми с ЗПР [Текст] : автореф. дис. на соиск. учен. степени канд. психол. наук : спец. 19.00.10 АПН СССР. НИИ дефектологии / Т. З. Стернина. – М., 1988. – 16 с.

194. Стурова М. П. Девиантное поведение несовершеннолетних как педагогическая проблема / М. П. Стурова, В. И. Силенков // Педагогика. – 1999. – № 7. – С. 38-41.

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

196. Сулова Г. А. Научное обоснование организации медицинской помощи детям с нарушениями психосоциального развития (на примере ММД) [Текст] : автореф. дис. на соиск. учен. степени д-ра мед. наук / Г. А. Сулова. – Санкт-Петербург, 2001. – 39 с.

197. Сухарева Г. Е. Лекции по психиатрии детского возраста / Г. Е. Сухарева. – М. : Медицина, 1974. – 320 с.

198. Теории личности. Основные положения, исследования и применение : учеб. пособие для студ. вузов, обуч. по направлению и спец. психологии / Л. А. Хьелл, Д. Д. Зиглер. – 3-е изд. – СПб. : Питер, 2007. – 606 с.

199. Технологии социально-психологического тренинга / под ред. С. А. Беличевой – М. : Редакционно-издательский центр консорциума «Социальное здоровье России», 2001. – 208 с.

200. Тимофеев И. В. Цветовой тест М. Люшера (стандартизированный вариант) : метод. рук-во / И. В. Тимофеев, Ю. И. Филимоненко. – Санкт-Петербург : Иматон, 2000. – 31 с.

201. Торндайк Э. Бихевиоризм: принципы обучения, основанные на психологии / Э. Торндайк. – М., 1988 – 243 с.

202. Тржесоглава З. Легкая дисфункция мозга в детском возрасте / З. Тржесоглава. – М. : Медицина, 1986. – 256 с.
203. Трошин В. М. Клинические варианты минимальных мозговых дисфункций у детей дошкольного возраста / В. М. Трошин, А. М. Радаев, О. М. Халецкая, Г. М. Радаева // Педиатрия. – 1994. – № 2. – С. 72-75.
204. Трушина В. Н. Адаптивная саморегуляция психофизиологического состояния детей с синдромом нарушения внимания и гиперактивностью на основе ЭЭГ-акустической внешней обратной связи [Текст] : автореф. дисс. на соиск. учен. степени канд. мед. наук / В. Н. Трушина. – СПб., 2009. – 22 с.
205. Узбеков М. Г. Вопросы обмена биогенных аминов у детей с гиперкинетическим синдромом / М. Г. Узбеков, Э. Ю. Мисионжик, Г. С. Маринчева, В. А. Красов // Российский психиатрический журнал. – 1998. – № 6. – С. 39-43.
206. Ульенкова У. В. Особенности устойчивости и концентрации произвольного внимания у умственно отсталых учащихся в младших классах / У. В. Ульенкова // Дефектология. – 2009. – № 2. – С. 18-25.
207. Урунтаева Г. А. Практикум по дошкольной психологии / Г. А. Урунтаева. – М., 1985. – 276 с.
208. Ферт О. Гіперактивна дитина в школі. Стратегії корекції поведінки та академічної успішності : метод. рекомендації / О. Ферт. – Львів, 2012. – 27 с.
209. Фесенко Е. В. Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей / Е. В. Фесенко, Ю. А. Фесенко. – СПб. : Наука и Техника, 2010. – 384 с.
210. Фурманов И. А. Психология детей с нарушениями поведения / И. А. Фурманов. – М. : ВЛАДОС, 2004. – 351с.
211. Хрестоматия по вниманию / под ред. А. Н. Леонтьева, А. А. Пузыря, В. Я. Романова. – М. : Изд-во МГУ, 1976. – 296 с.

212. Чистякова М. И. Психогимнастика / М. И. Чистякова / под. ред. М. И. Буянова. – М. : Просвещение, 1995. — 160 с.
213. Чумакова А. А. До питання соціально-педагогічної корекції молодших школярів із мінімальними порушеннями у сфері психофізіології / А. А. Чумакова // Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школі : зб. наук. пр. / редкол. : Т. І. Сущенко (голов. ред.) та ін. – Запоріжжя, 2010. – Вип. 12. – С. 141-147.
214. Чутко Л. С. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью и сопутствующие расстройства / Л. С. Чутко. – Санкт-Петербург : Хока, 2007. – 341 с.
215. Чутко Л. С. Синдром нарушения внимания с гиперактивностью у детей и подростков / Л. С. Чутко, А. Б. Пальчик, Ю. Д. Кропотов. – СПб. : СПбМАПО, 2004. – 112 с.
216. Шаповалова О. Е. Переживание умственно отсталыми школьниками своего отношения к страшному / О. Е. Шаповалова // Дефектология. – 1998. – №1. – С. 37-42.
217. Шаповалова О. Е. Концепция эмоционального развития умственно отсталых школьников / О. Е. Шаповалова // Специальная психология. – 2006. – № 4. – С.4-13.
218. Шевченко М. Ю. Игровая психокоррекция при работе с гиперактивными детьми / М. Ю. Шевченко // Вопросы психического здоровья детей и подростков. — М., 2003 (3). – № 2. – С. 40-44.
219. Шевченко Ю. С. Коррекция поведения детей с гиперактивностью и психопатоподобным синдромом : практ. руководство для врачей, психологов и педагогов / Ю. С. Шевченко. – 2-ое изд. – Москва : Вита-Пресс, 1997. – 52 с.
220. Шельшакова Н. Н. Структура эмоциональных состояний детей со сложными вариантами нарушений психического развития / Н. Н. Шельшакова // мат-лы Всерос. науч.-практ. конф. «Психолого-педагогическая коррекция нарушений развития у детей: коррекция и

профилактика нарушений поведения у детей с ограниченными возможностями здоровья». – М. : МГППУ, 2011. – С. 178–181.

221. Шельшакова Н. Н. Эмоциональные состояния младших школьников со сложными вариантами нарушений психического развития : автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. псих. наук (19.00.10) / Шельшакова Наталья Николаевна. – СПб., 2010. – 25 с.

222. Шипицына Л. М. Комплексное сопровождение детей дошкольного возраста / Л. М. Шипицына, А. А. Хилько, Ю. С. Галлямова, Р. В. Демьянчук и др. / под науч. ред. проф. Л. М. Шипицыной. – Санкт-Петербург : «Речь», 2003. – 240 с.

223. Шипицына Л. М. «Необучаемый» ребенок в семье и обществе. Социализация детей с нарушением интеллекта / Л. М. Шипицына. — 2-е изд., перераб. и дополн. – СПб. : Речь, 2005. – 477 с.

224. Школьникова Н. Н. Развитие коммуникативного поведения детей, страдающих негативизмом / Н. Н. Школьникова // Дефектология. – 1993. – № 5. – С. 31-38.

225. Экслейн В. Игровая терапия: описание психотерапевтической техники / В. Экслейн ; пер. с англ. Ю. Овчинникова [и др.]. – М. : Апрель-Пресс : Эксмо-Пресс, 2000. – 480 с.

226. Экспериментальная психология: практикум : учеб. пособие для вузов / Т. Г. Богданова, Ю. Б. Гиппенрейтер, Е. Л. Григоренко и др. ; под ред. С. Д. Смирнова, Т. В. Корниловой. — М. : Аспект Пресс, 2002. — 383 с.

227. Эльконин Д. Б. К проблеме периодизации психического развития в детском возрасте / Д. Б. Эльконин // Вопросы психологии. – 1971. – № 4. – С. 6-20.

228. Эльконин Д. Б. Психическое развитие в детских возрастах / Д. Б. Эльконин. – М. : Институт практической психологии, 1995. – 416 с.

229. Яковлева М. Б. Когнитивное развитие младших школьников с синдромом дефицита внимания и гиперактивности [Текст] : дисс. на соиск.

учен. степени канд. псих. наук : спец. 19.00.10 / М. Б. Яковлева ; С.-Петерб. гос. ун-т. – Санкт-Петербург, 2009. – 170 с.

230. Яньшин П. В. Эмоциональный цвет. Эмоциональный компонент в психологической структуре цвета / П. В. Яньшин. – Самара : СамГПУ, 1996. – 218 с.

231. Ясперс К. Общая психопатология / К. Ясперс. – М. : Практика, 1997. – 175 с.

232. Ясюкова Л. А. Оптимизация обучения и развития детей с минимальными мозговыми дисфункциями / Л. А. Ясюкова. – СПб. : ИМАТОН, 1997. – 78 с.

233. Ясюкова Л. А. Оптимизация обучения и развития детей с ММД. Диагностика и компенсация минимальных мозговых дисфункций : метод. рук-во / Л. А. Ясюкова. – СПб., ГМНПП «ИМАТОН», 2003. – 86 с.

234. American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III-R), 3th ed. – Washington, DC : American Psychiatric Association, 1987. – 856 p.

235. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. – Washington, DC : American Psychiatric Association, 1994. – P. 83-85.

236. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-II), 2th ed. – Washington, DC : American Psychiatric Association, 1968. – 674 p.

237. Barkley R. A. Behavioral inhibition, sustained attention and executive functions: constructing a unifying theory, of attention deficit hyperactivity disorder / R. A. Barkley // Psychopharm. – Bull. 1997. – Vol. 121. – № 1. – P. 65-94.

238. Barkley R. A. Issues in the diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in children / R. A. Barkley // Brain & Development. – 2003. – Vol. 25. – P. 383-389.

239. Barkly R. A. Taking charge of ADHD / R. A. Barkley. – N.Y. : The Guilford press, 1995. – 480 p.

240. Biederman J. Attention deficit hyperactivity disorder / J. Biederman, S. V. Faraone // *The Lancet*. 2005. – Vol. 366. – P. 237-248.
241. Biederman J. Current concepts on the neurobiology of Attention-Deficit. Hyperactivity Disorder / J. Biederman, S. V. Faraone // *Journal of Attention Disorders*. – 2002. – Vol. 6. – P. 7-16.
242. Castellanos F. X. Neuroscience of attention- deficit/hyperactivity disorder: the search for endophenotypes / F. X. Castellanos, R. Tannock // *Nature Reviews. – Neuroscience*. 2002. – Vol. 3. – P. 617-628., Denckla M. B. ADHD : topic update // *Brain & Development*. 2003. – Vol. 25. – P. 383-389.
243. Chietecova H. Dieta s ľahkym mozgovym poskodenim / H. Chietecova. — S.P.N, 1968.
244. Clements S. D. Minimal brain dysfunction by children / S. D. Clements // *National J.Neurolog.Bull.* – 1966. – Vol. 9. – 209 p.
245. Denckla M. B. ADHD: topic update / M. B. Denckla // *Brain & Development*. – 2003. – Vol. 25. – P. 383-389.
246. Faraone S. V. Neurobiology of attention-deficit hyperactivity disorder / S. V. Faraone, J. Biederman // *Biol. Psychiatry*. – 1998. – Vol. 44. – № 10. – P. 951-958.
247. Feingold B. F. Hyperkinesis and learning disabilities linked to artificial food flavors and colors / B. F. Feingold // *Am. J. Nurs.* – 1975. – Vol. 65. – P. 793-803.
248. Fonagy P. The effectiveness of psychodynamic psychotherapies: An update. / P. Fonagy // *WORLD PSYCHIATRY*, 14 (2), 137-150. doi:10.1002/wps.20235
249. Göllnitz G. Die Bedeutung der frühkindlichen Hirnschädigung für die Kinderpsychiatrie / G. Göllnitz. – Leipzig, 1954. – 75 p.
250. Heining J. E. From Chaos to Calm: Effective Parenting for Challenging Children with ADHD and Other Behavioral Problems / J. E. Heining, S. K. Weiss. – Perigee, 2002. – 269 p.

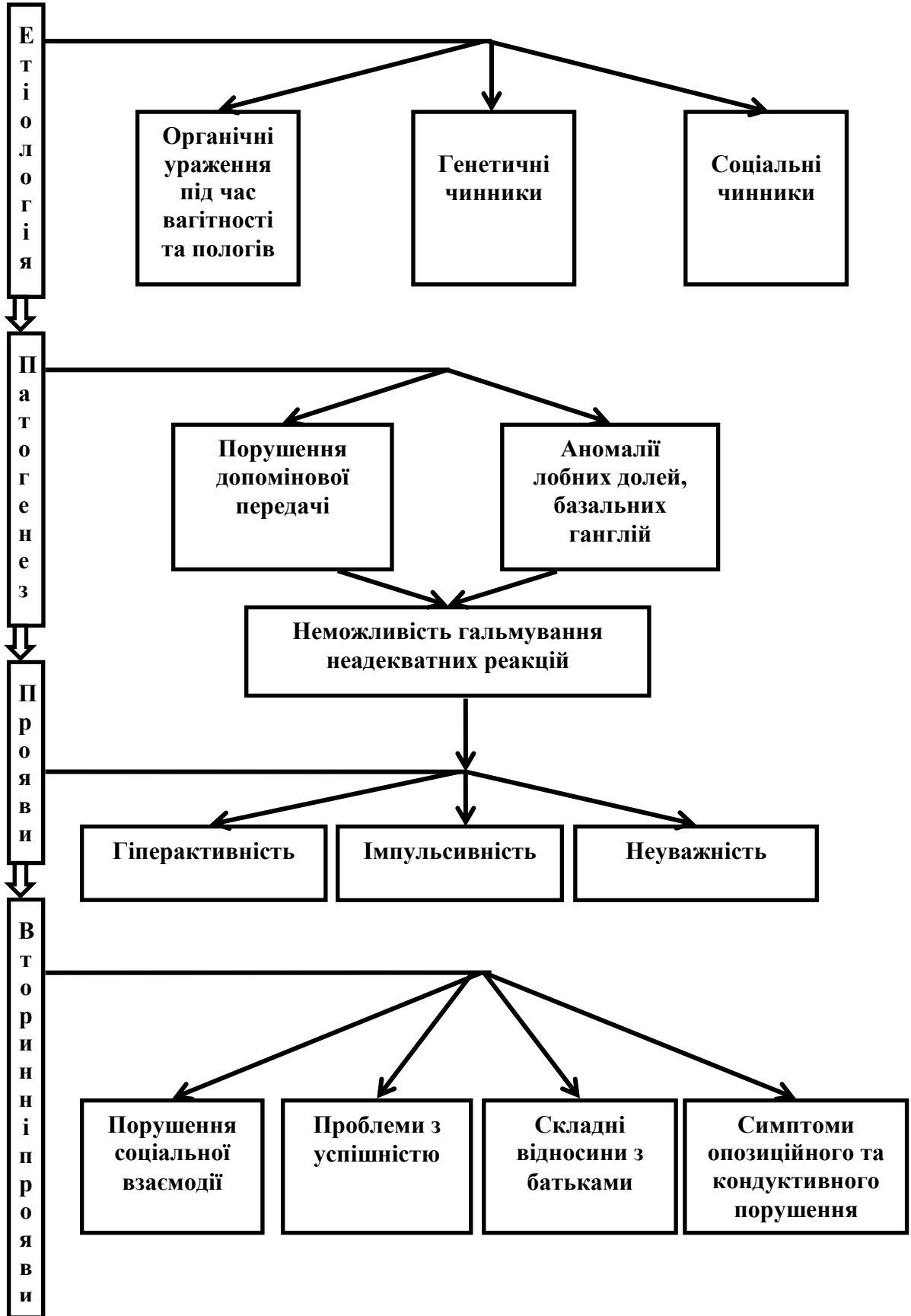
251. Heller K. A. Psychotogische Probleme der Hochbegabungsforschung / K. A. Heller // Zeitschrift fur Entwicklungspsychologie und Padagogische Psychologic Band XVIII. – Heft 4, 335-361.
252. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 9th Revision // World Health Organization.
253. Knell E. R. Tourette's syndrome and attention-deficit Hyperactivity disorder: evidence for a genetic relationship / E. R. Knell, D. E. Coming // J. Clin. Psychiatry. – 1993. – Vol.54. – N 9. – P. 331-337.
254. Kramer F. Hypermotilitatsneurose / F. Kramer, H. Pollnow // Monatschr. Psychol. – 1932. – Vol. 82. – P. 15-24.
255. Lemke R. Das enthemmte Kind mit choreiformer Symptomatik / R. Lemke // Psychiatrie, Neurologie u. medizinische Psychologie. – 1953. – Vol. 8. – P. 80-85.
256. Levy F. The dopamine theory of attention deficit hyperactivity disorder / F. Levy // Auct. N.-Z. J. Psychiatry. – 1991. – Vol. 1. – P. 121-124.
257. Linnet K. M. Maternal lifestyle factors in pregnancy risk of attention deficit hyperactivity disorder and associated behaviors : Review of the current evidence / K. M. Linnet, S. Dalsgaard, C. Obel et al. // Am J Psychiatry. – 2003. Vol. 160. – P. 1028-1040.
258. Lou H. C. Etiology and pathogenesis of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) : Significance of prematurity and perinatal hypoxic haemodynamic encephalopathy / H. C. Lou // Acta Pediatr. – 1996. – Vol. 85. – P. 1266-1271.
259. Milberg S. Further evidence of an association between maternal smoking during pregnancy and attention deficit hyperactivity disorder: Findings from a high-risk sample of siblings / S. Milberg, J. Biederman, S. V. Faraone, J. Jones // J Clin Child Psychol. – 1998. – Vol. 27. – P. 352-358.
260. Morris R. J. The practice of child therapy / R. J. Morris, T. R. Kratochwill. – Boston : Allyn & Bacon.

261. Palmer E. D. An early description of ADHD (Inattention Subtype): Dr. Alexander Crichton and the "Mental Restlessness" (1798) / E. D. Palmer, S. Finger // *Child Psychology and Psychiatry Reviews*. – 6. – P. 66-73.
262. Pressman L. J. Effects of family environment and parental psychopathology on impairment in ADHD / L. J. Pressman et al. // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. – 45. – 2006. – P. 346-354.
263. Roman T. Polymorphisms of the dopamine transporter gene: influence on response to methylphenidate in attention deficit-hyperactivity disorder / T. Roman, L. A. Rohde, M. H. Hutz // *American Journal of Pharmacogenomics*. – 2004. – Vol. 4 (2). – P. 83-92.
264. Rosenberg P. B. Attention deficit disorder and hyperactivity / P. B. Rosenberg // *Indian J.Ped.* – 1990. – Vol.57. – № 3. – P. 353-360.
265. Shirk S. R. Change processes in child psychotherapy: Revitalising treatment and research / S. R. Shirk, R. L. Russell. – New York : Guilford.
266. Strauss A. A. Psychopatology and education of brain injured child / A. A. Strauss, L. C. Lethinen. – Plen. Press, N.Y., 1947. – 325 p.
267. Target M. The efficacy of child psychoanalysis for children with emotional disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* / M. Target, P. Fonagy. – 33. – P. 361-371.
268. Target M. The Psychological Treatment of Child and Adolescent Psychiatric Disorders. In A. Roth, P. Fonagy (Eds.), *What Works for Whom: Implications and limitations of the research literature* / M. Target, P. Fonagy. – New York : Guilford Press. – P. 263-320.
269. Trick P. J. *Conduct Disorders and Severe Antisocial Behavior* / P. J. Trick. – N.Y., Plenum Press. – 1999.
270. Vida J. E. Treating the "wise baby" / J. E. Vida // *Am J Psychoanal.* – 2005. – Vol. 65 (1). – P. 3-12.

271. Wender E. H. Affects of sugar on aggressive and inattentive behavior in children with attention deficit-hyperactivity disorder and normal children / E. H. Wender, M. V. Solanto // *Pediatrics*. – 1991. – Vol. 88. – P.960-966.

272. Wolpe J. *The practice of behavior therapy* (2nd ed.) / J. Wolpe. – Wolpe New York : Pergamon.

Алгоритм розвитку синдрому гіперактивності



Модифікований опитувальник Т. Ахенбаха

Опитувальник Т. Ахенбаха застосовують з метою дослідження особливостей поведінки, що відхиляється від прийнятої соціальної норми. Методика представлена для батьків, вихователів, педагогів та дорослих, які безпосередньо включені в соціальну взаємодію з дитиною. В основі методу лежить спостереження за нерегламентованим поведінкою дітей. Батьки, вихователі, педагоги є експертами, що можуть досить об'єктивно класифікувати і оцінювати деякі поведінкові прояви дитини. Опитувальник Т. Ахенбаха дозволяє виявляти особливості порушень поведінки за 2 групами шкал:

1. Первинні шкали:
 - замкнутість;
 - соматичні проблеми;
 - тривожність;
 - порушення соціалізації;
 - глибина порушень мислення;
 - проблеми з увагою та гіперактивність;
 - делінквентна поведінка;
 - агресія.
2. Похідні шкали:
 - показник внутрішніх проблем;
 - показник зовнішніх проблем.

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

обведіть цифру 1. І, нарешті, якщо даний пункт взагалі не відповідає поведінці дитини, обведіть цифру 0.

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

1 – певним чином відповідає (іноді);

2 – повністю відповідає (завжди).

№ з/п	Твердження	Бали		
		0	1	2
1.	Віддає перевагу самотності.	0	1	2
2.	Відмовляється розмовляти.	0	1	2
3.	Скритна, тримає все в собі.	0	1	2
4.	Сором'язлива та несмілива.	0	1	2
5.	Ображається, вразлива.	0	1	2
6.	Недостатньо активна та енергійна.	0	1	2
7.	Нещаслива, похмура, пригнічена.	0	1	2
8.	Замкнута в собі, не вступає в контакти з оточуючими.	0	1	2
9.	Гризе нігті.	0	1	2
10.	Нервові рухи та тіки (посмикування повік, покусування губ, постукування ногою по підлозі тощо).	0	1	2
11.	Часто виникають запаморочення.	0	1	2
12.	Перевтомлена.	0	1	2
13.	Має зайву вагу.	0	1	2
14.	Має проблеми, пов'язані зі здоров'ям, медична причина яких невизначена:			
а)	Тілесні болі (не включаючи головні).	0	1	2
б)	Головні болі.	0	1	2
в)	Нудота, нездужання.	0	1	2
г)	Проблеми з очима. Опишіть, будь ласка, _____.	0	1	2

д)	Висипи або інші шкірні захворювання.	0	1	2
е)	Болі в животі або судоми.	0	1	2
є)	Блювота.	0	1	2
ж)	Інші фізичні проблеми. Опишіть, будь ласка, _____.	0	1	2
15.	Колупається в носі, часто торкається деяких частин тіла, свербіж. Наведіть приклади _____.	0	1	2
16.	Боїться, що може подумати або зробити щось погане.	0	1	2
17.	Вважає, що завжди має бути найкращою.	0	1	2
18.	Дитині здається, що її ніхто не любить.	0	1	2
19.	Дитині здається, що інші люди хочуть їй дошкулити або заподіяти шкоду.	0	1	2
20.	Почувається неповноцінною, нікчемною.	0	1	2
21.	Беззастережно підкоряється правилам і інструкціям.	0	1	2
22.	Надмірно боязка та тривожна.	0	1	2
23.	Вважає себе винною в усьому.	0	1	2
24.	Сором'язлива, легко соромиться.	0	1	2
25.	Болісно реагує на критику.	0	1	2
26.	Підозріла.	0	1	2
27.	Весь час намагається догодити, підлецується.	0	1	2
28.	Постійно боїться помилитися.	0	1	2
29.	Скиглить.	0	1	2
30.	Схильна до схвильованості, стурбованості.	0	1	2
31.	Занадто залежить від дорослих, несамостійна.	0	1	2
32.	Скаржиться на самотність.	0	1	2
33.	Багато плаче.	0	1	2
34.	Не знаходить спільну мову з іншими дітьми.	0	1	2
35.	Часто отримує забиття, фізичні травми.	0	1	2
36.	Дитину часто дразнять.	0	1	2
37.	Її не люблять інші діти.	0	1	2

38.	Віддає перевагу грі з молодшими дітьми.	0	1	2
39.	Не може звільнитися від нав'язливих думок. Опишіть, будь ласка, _____.	0	1	2
40.	Навмисне каліцтво.	0	1	2
41.	Боїться деяких тварин, ситуацій або місць (крім дитячого садка).	0	1	2
42.	Чує звуки або голоси, які, крім неї, ніхто не чує. Опишіть, будь ласка, _____.	0	1	2
43.	Знову і знову повторює одні й ті ж дії, рухи (наприклад, смикає гудзик, перевіряє, чи закриті двері і т.д.). Опишіть, будь ласка, _____.	0	1	2
44.	Бачить те, що, крім неї, ніхто не бачить. Опишіть, будь ласка, _____.	0	1	2
45.	Поводиться дивно. Опишіть, будь ласка, в чому це проявляється _____.	0	1	2
46.	Має дивні ідеї. Опишіть, будь ласка, які _____.	0	1	2
47.	Поведінка не відповідає віку.	0	1	2
48.	Бурмоче, мямлить, видає дивні звуки під час заняття.	0	1	2
49.	Не доводить до кінця розпочате.	0	1	2
50.	Не може сконцентруватися, утримувати свою увагу на чомусь одному.	0	1	2
51.	Не може всидіти на місці, невтомна, надмірно активна.	0	1	2
52.	Неорганізована, розсіяна.	0	1	2
53.	Крутиться, совається на місці.	0	1	2
54.	Багато вигадує, занурена у свої думки.	0	1	2
55.	Важко дотримується вказівок та інструкцій.	0	1	2
56.	Нестримана, імпульсивна, діє необдуманно.	0	1	2
57.	Нервова, чутлива, напружена.	0	1	2
58.	Має труднощі з засвоєння матеріалу.	0	1	2

59.	Апатична, ні в чому не зацікавлена.	0	1	2
60.	Рухи погано скоординовані, незграбні.	0	1	2
61.	Неакуратна.	0	1	2
62.	Неуважна, легко відволікається.	0	1	2
63.	З байдужим поглядом дивиться кудись або на щось.	0	1	2
64.	Не реалізує свої можливості.	0	1	2
65.	Неохайна.	0	1	2
66.	Поводить себе як дитина протилежної статі. Опишіть, будь ласка, _____.	0	1	2
67.	Не відчуває себе винною, навіть якщо зробила щось погане.	0	1	2
68.	Товаришує з іншими дітьми, які часто потрапляють у неприємні історії або навіть зпричиняють їх.	0	1	2
69.	Обманює.	0	1	2
70.	Віддає перевагу грі з дітьми більш старшого віку.	0	1	2
71.	Крадіжки.	0	1	2
72.	Поводить себе зухвало.	0	1	2
73.	Хвалиться, задається.	0	1	2
74.	Жорстока, задириста, поводить себе злісно по відношенню до інших.	0	1	2
75.	Любить, щоб на неї звертали увагу.	0	1	2
76.	Навмисно ламає і знищує свої іграшки, книги, речі.	0	1	2
77.	Навмисно ламає і знищує речі, що належать батькам, членам родини та іншим людям.	0	1	2
78.	Неслухняна в дитячому садку.	0	1	2
79.	Відволікає інших дітей.	0	1	2
80.	Дитина ревнива.	0	1	2
81.	Вплутується в бійки.	0	1	2
82.	У розмові або на занятті перебиває інших.	0	1	2
83.	Проявляє фізичну агресію.	0	1	2

84.	Порушує дисципліну під час заняття.	0	1	2
85.	Криклива.	0	1	2
86.	Поводить себе непередбачувано.	0	1	2
87.	Вимагає, щоб її вимоги негайно виконувалися, легко засмучується і виходить з себе.	0	1	2
88.	Вперта, похмура і дратівлива.	0	1	2
89.	Раптові зміни настрою.	0	1	2
90.	Надмірно балакуча.	0	1	2
91.	Запальна, легко «виходить» з себе.	0	1	2
92.	Занадто галаслива, говорить занадто голосно.	0	1	2

Первинні шкали:

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

Похідні шкали:

- показник внутрішніх проблем: ;
- показник зовнішніх проблем: .

**Модифікований діагностичний опитувальник Вандербільт для
заповнення батьками**

Дата _____

ПІБ дитини _____

ПІБ того, хто заповнював опитувальник _____

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

№ з/п	Симптоми	Ніколи	Інколи	Часто	Дуже часто
1.	Неспроможна уважно стежити за деталями, робить безглузді помилки в завданнях.	0	1	2	3
2.	Має труднощі у виконанні завдань або ігровій діяльності, які вимагають зосередженої уваги.	0	1	2	3
3.	Не слухає, коли до неї звертаються.	0	1	2	3
4.	Не закінчує розпочатого заняття (ненавмисно).	0	1	2	3
5.	Незібрана, неорганізована.	0	1	2	3
6.	Уникає, не любить або не хоче погоджуватися на виконання завдання, які вимагають підвищеної уваги та розумової напруги.	0	1	2	3
7.	Плутає розклад, втрачає речі, необхідні для виконання завдань або будь-якої діяльності (іграшки, книги, олівці тощо).	0	1	2	3

8.	Легко відволікається на все, що відбувається навколо.	0	1	2	3
9.	Забуває виконувати щоденні процедури (почистити зуби, вмитися і т.п.).	0	1	2	3
10.	Неспокійно рухає руками або ногами, совається на місці.	0	1	2	3
11.	Покидає своє місце в групі, на заняттях або в іншому місці, не може всидіти.	0	1	2	3
12.	Починає бігати і дертися кудись, коли це недоречно.	0	1	2	3
13.	Не може тихо грати, неадекватно галаслива.	0	1	2	3
14.	Діє як «заведена», начебто до неї причеплений «моторчик».	0	1	2	3
15.	Надмірно балакуча, не звертаючи увагу на соціальні обмеження.	0	1	2	3
16.	«Випалює» відповіді до того, як завершені питання.	0	1	2	3
17.	Не здатна стояти в чергах, чекати своєї черги.	0	1	2	3
18.	Перебиває інших або втручається в розмови або заняття інших.	0	1	2	3
19.	Вступає в конфлікти з дорослими.	0	1	2	3
20.	Втрачає самоконтроль, схильна до емоційних спалахів.	0	1	2	3
21.	Не слухається і відмовляється підкорятися встановленим правилам дорослих.	0	1	2	3
22.	Чинить наперекір іншим.	0	1	2	3
23.	Звинувачує інших у своїх помилках і поведінкових проблемах.	0	1	2	3
24.	Прагне домогтися свого, легко «виходить із себе».	0	1	2	3

25.	Зла і дратівлива.	0	1	2	3
Інші поведінкові проступки (вказіть самі при їх наявності)					
26.	Трепетна, боязка, тривожна.	0	1	2	3
27.	Боїться пробувати робити щось нове через страх, що не вийде або зробить помилку.	0	1	2	3
28.	Недооцінює себе, відчуває себе гірше інших.	0	1	2	3
29.	Відчуває себе винною.	0	1	2	3
30.	Відчуває себе непотрібною, скаржиться «ніхто не любить мене».	0	1	2	3
31.	Сумна, нещаслива або пригнічена.	0	1	2	3
32.	Невпевнена і занадто сумнівається.	0	1	2	3

№ з/п	Успішність	Відмін.	Добре	Задов.	Інколи труднощі	Великі труднощі
33.	Оцінка загальної успішності в житті	1	2	3	4	5
34.	Відношення до батьків	1	2	3	4	5
35.	Відношення до братів/сестер	1	2	3	4	5
36.	Відношення до однолітків	1	2	3	4	5
37.	Участь у групових (командних) іграх	1	2	3	4	5
38.	Виконання вказівок дорослих	1	2	3	4	5

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

**Модифікований діагностичний опитувальник Вандербільт для
заповнення вихователями**

Дата _____

ПІБ дитини _____

Дата народження _____ Вік _____

Група _____ ДНЗ _____

ПІБ вихователя _____

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

№ з/п	Симптоми	Ніколи	Інколи	Часто	Дуже часто
1.	Нездатна уважно стежити за деталями, робить безглузді помилки в завданнях	0	1	2	3
2.	Має труднощі у виконанні завдань або ігровій діяльності, які вимагають зосередженої уваги	0	1	2	3
3.	Не слухає, коли до неї звертаються	0	1	2	3
4.	Не закінчує розпочатого заняття (ненавмисно)	0	1	2	3
5.	Незібрана, неорганізована	0	1	2	3
6.	Уникає, не любить або не хоче погоджуватися на виконання завдання, які вимагають підвищеної уваги та розумової напруги	0	1	2	3
7.	Плутає розклад, втрачає речі, необхідні для виконання завдань або будь-якої діяльності	0	1	2	3

	(іграшки, книги, олівці тощо)				
8.	Легко відволікається на все, що відбувається навколо	0	1	2	3
9.	Забуває виконувати гігієнічні процедури (вмитися, розчесати волосся тощо)	0	1	2	3
10.	Неспокійно рухає руками або ногами, совається на місці	0	1	2	3
11.	Покидає своє місце в групі, на заняттях або в іншому місці, не може всидіти	0	1	2	3
12.	Починає бігати і дертися кудись, коли це недоречно	0	1	2	3
13.	Не може тихо грати, неадекватно галаслива	0	1	2	3
14.	Діє як «заведена», начебто до неї прироблений «моторчик»	0	1	2	3
15.	Надмірно балакуча, не звертаючи увагу на соціальні обмеження	0	1	2	3
16.	«Випалює» відповіді до того, як завершені питання	0	1	2	3
17.	Не здатна стояти в чергах, чекати своєї черги	0	1	2	3
18.	Перебиває інших або втручається в розмови або заняття інших	0	1	2	3
19.	Вступає в конфлікти з дорослими	0	1	2	3
20.	Втрачає самоконтроль, схильна до емоційних спалахів	0	1	2	3
21.	Не слухається і відмовляється підкорятися встановленим правилам дорослих	0	1	2	3
22.	Чинить наперекір іншим	0	1	2	3
23.	Звинувачує інших у своїх помилках і поведінкових проблемах	0	1	2	3
24.	Прагне домогтися свого, легко	0	1	2	3

	«виходить із себе»				
25.	Зла і дратівлива	0	1	2	3
Інші поведінкові проступки (вказіть самі при їх наявності)					
26.	Трепетна, боязка, тривожна	0	1	2	3
27.	Боїться пробувати робити щось нове через страх, що не вийде або зробить помилку	0	1	2	3
28.	Недооцінює себе, відчуває себе гірше інших	0	1	2	3
29.	Відчуває себе винною	0	1	2	3
30.	Відчуває себе непотрібною, скаржиться «ніхто не любить мене»	0	1	2	3
31.	Сумна, нещаслива або пригнічена	0	1	2	3
32.	Невпевнена і занадто сумнівається	0	1	2	3

	Успішність	Відмін.	Добре	Задов.	Інколи труднощі	Великі труднощі
33.	Оцінка загальної успішності на заняттях	1	2	3	4	5
34.	Виконання вказівок вихователя	1	2	3	4	5
35.	Поведінка на занятті	1	2	3	4	5
36.	Відношення до однолітків	1	2	3	4	5

Питання 1-9	Субшкала дефіциту уваги
Питання 10-14	Субшкала гіперактивності
Питання 15-18	Субшкала імпульсивності
Питання 19-25	Субшкала опозиційних реакцій (протесту)
Питання 26-32	Субшкала тривожно-депресивної симптоматики
Питання 33-36	Субшкала соціальної адаптації

Додаток Б.4.

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

Дата _____

ПІБ _____

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

№ з/п	Питання	Так	Ні
1.	Я завжди співчуваю своїй дитині.		
2.	Я вважаю своїм обов'язком знати все, що думає моя дитина.		
3.	Я поважаю свою дитину.		
4.	Мені здається, що поведінка моєї дитини значно відхиляється від норми.		
5.	Потрібно якомога довше тримати дитину осторонь від реальних життєвих проблем, якщо вони її травмують.		
6.	Я відчуваю до дитини симпатію.		
7.	Добрі батьки оберігають дитину від життєвих труднощів.		
8.	Моя дитина часто неприємна мені.		
9.	Я завжди намагаюсь допомогти своїй дитині.		
10.	Бувають випадки, коли погане ставлення до дитини приносить їй велику користь.		
11.	Я відчуваю прикрощі щодо своєї дитини.		
12.	Моя дитина нічого не досягне у житті.		
13.	Мені здається, що діти знущаються над моєю дитиною.		
14.	Моя дитина часто здійснює такі вчинки, які варті лише осуду.		
15.	Для свого віку моя дитина не зовсім зріла.		
16.	Моя дитина поводить себе спеціально погано, щоб досадити мені.		
17.	Моя дитина вбирає у себе все погане, як губка.		
18.	Мою дитину важко навчити гарних манер, при найбільшому старанні.		
19.	Дитину потрібно тримати у суворих рамках, тоді з неї виросте порядна людина.		
20.	Я люблю, коли друзі моєї дитини приходять до нас додому.		
21.	Я завжди приймаю участь в іграх і справах дитини.		

22.	До моєї дитини липне все погане.		
23.	Моя дитина не досягне успіхів у житті.		
24.	Коли в компанії знайомих говорять про дітей мені трохи соромно, що моя дитина не така розумна і здібна, як хотілось би..		
25.	Я жалію свою дитину.		
26.	Коли я порівнюю свою дитину з її ровесниками, вони здаються мені дорослішими і у поведінці і у судженнях.		
27.	Я із задоволенням проводжу з дитиною свій вільний час.		
28.	Мені шкода, що моя дитина росте і дорослішає.		
29.	Я часто ловлю себе на ворожому ставленні до дитини.		
30.	Я мрію про те, щоб моя дитина досягла всього того, що мені не вдалося у житті.		
31.	Батьки повинні пристосовуватись до дитини.		
32.	Я намагаюся виконати всі прохання моєї дитини.		
33.	Приймаючи сімейні рішення слід враховувати і думку дитини.		
34.	Головна причина капризів моєї дитини – егоїзм, впертість і лінь.		
35.	У конфлікті з дитиною я часто можу визнати, що вона по-своєму права.		
36.	Діти рано дізнаються, що батьки можуть помилятися.		
37.	Я завжди зважаю на думку своєї дитини.		
38.	Я відчуваю приязнь до дитини.		
39.	Я дуже цікавлюсь життям своєї дитини.		
40.	Неможливо нормально відпочити, якщо проводиш час з дитиною.		
41.	Найголовніше, щоб у дитини було спокійне і безхмарне дитинство.		
42.	Іноді мені здається, що моя дитина – нездатна ні до чого доброго.		
43.	Я поділяю захоплення своєї дитини.		
44.	Моя дитина може вивести із себе будь-кого.		
45.	Смуток моєї дитини мені завжди близький і зрозумілий.		
46.	Моя дитина часто дратує мене.		
47.	Виховання дитини – суцільне нервування.		
48.	Суворі дисципліна у дитинстві – розвиває сильний характер.		
49.	Я не довіряю своїй дитині.		
50.	За суворе виховання діти дякують потім.		

51.	Інколи мені здається, що я ненавиджу свою дитину.		
52.	У моєї дитини більше недоліків, ніж позитивних якостей.		
53.	Я поділяю інтереси своєї дитини.		
54.	Моя дитина не спроможна що-небудь зробити самостійно, а якщо і зробить, то обов'язково не так.		
55.	Моя дитина виросте непристосованою до життя.		
56.	Моя дитина подобається мені такою, якою вона є.		
57.	Я ретельно стежу за станом здоров'я своєї дитини.		
58.	Не рідко я захоплююсь своєю дитиною.		
59.	Дитина не повинна мати секретів від батьків.		
60.	Я не високої думки про здібності своєї дитини і не приховую цього від неї.		
61.	Дитина повинна дружити з тими дітьми, які подобаються її батькам.		

Ключі до опитувальника:

1. Шкала «Прийняття-відхилення»: 3, 4, 8, 10, 12, 14, 15, 16, 18, 20, 23, 24, 26, 27, 29, 34, 37, 38, 40, 42, 43, 44, 45, 47, 49, 51, 52, 53, 55, 56, 60.
2. Шкала «Кооперація»: 6, 9, 21, 25, 31, 33, 39, 35, 36.
3. Шкала «Симбіоз»: 1, 5, 7, 28, 32, 41, 58.
4. Шкала «Авторитарна гіперсоціалізація»: 2, 19, 30, 48, 50, 57, 59.
5. Шкала «Маленький (-а) невдаха»: 9, 11, 13, 17, 22, 23, 54, 61.

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

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

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

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

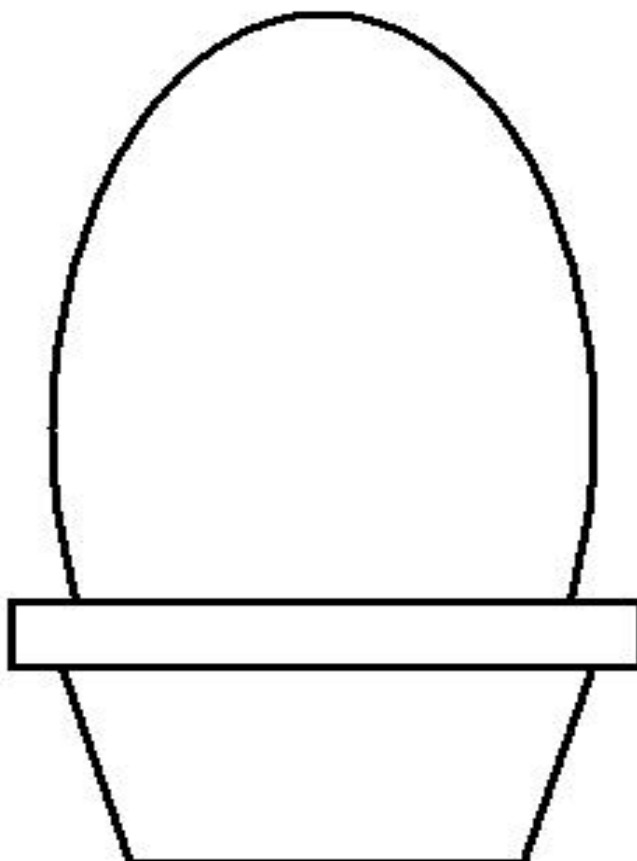
Шкала «маленький невдаха» визначає ставлення батьків до невдач дитини, вона допомагає продемонструвати як батьки ставляться до здібностей, бажань та прагнень своєї дитини, до її переваг і недоліків, успіхів і невдач.

Адаптована проєктивна методика «Графічна методика «Кактус»»

Графічна методика «Кактус» розроблена М. Панфіловою та проводиться з дітьми з 4-х років та старше.

Мета – виявлення стану емоційної сфери дитини.

Для розумово відсталих дітей дошкільного віку пропонується шаблон кактуса.



Інструкція: Подивись на малюнок, домалюй на ньому те, чого не вистачає цьому кактусу. Намалюй, яким ти собі уявляєш кактус.

На виконання завдання дитині дається стільки часу, скільки їй потрібно для того, щоб закінчити малюнок.

При обробці результатів звертається увага на характеристики ліній, силу натиску на олівець, додаткові деталі, кольорову гаму тощо. Крім того, враховуються специфічні показники: характеристика «образу кактуса» (дикий, домашній, жіночний і т.д.), характеристика манери малювання

(промальований, схематичний тощо), характеристика голок (розмір, розташування, кількість).

Можна ставити запитання, відповіді на які допоможуть уточнити інтерпретацію:

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

Інтерпретація:

Імпульсивність – уривчасті лінії, сильний натиск.

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

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

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

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

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

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

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

Жіночність – наявність м'яких ліній і форм, прикрас, квітів. Якщо кактус має опуклості – значить, дитина відкрита і простодушна.

Екстравертованість – наявність на малюнку інших кактусів або квітів.

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

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

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

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

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

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

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

Інтерпретація кольорової гами малюнка:

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

- темно-зелений: символ – паросток, що пробивається крізь асфальт. Воля, цілеспрямованість, життєлюбність, рішучість, завзятість, честолюбність, впертість.
- помаранчево-червоний: символ – вогонь, кров, вибух. Експансія, підпорядкування навколишнього середовища, сила, енергія, активність у всіх напрямках.
- лимонно-жовтий: зміна, творчість, гнучкість, чуйність на зовнішні стимули, радість.
- бордовий: мистецтво, незвичайність, гармонія духовності, народження нового, подвоєння суті, крихка динамічна рівновага.
- світло-коричневий: тривога, неспокій, хвороба, неприкаяність, невпевненість, переживання незатишності, фізичний і психологічний дискомфорт.
- чорний: порожнеча, ексцентричність, ніч. смерть, знищення.

Додаток Б.6.**Адаптований тест «Коректурна проба» (дитячий варіант)**

Мета – визначити продуктивність та стійкість уваги у дітей 5-7 років.

Дитина працює з рисунком, на якому у випадковому порядку зображені прості фігури. Їй дається завдання шукати та закреслювати відповідну фігуру. Дитина працює дві з половиною хвилини, впродовж яких п'ять разів через кожні 30 секунд їй говорять: «Починай!», «Стоп!».

Обладнання. Рисунок із зображенням простих фігур, секундомір, протокол для фіксації параметрів уваги, простий олівець.

Інструкція: «Зараз ми з тобою зіграємо в гру. Подивися уважно на малюнок. На ньому зображені листочки та будиночки. Коли я тобі скажу: «Починай!», ти маєш розпочати переглядати ці малюнки рядок за рядком, зліва направо і викреслювати всі будиночки. Намагайся працювати якомога швидше, але найголовніше в цьому завданні – працювати без помилок, уважно, жодного листочка не пропустити й жодного зайвого не викреслити. Коли я скажу «Стоп!» - необхідно зупинитися і показати мені те зображення, яке ти побачив останнім. Я зроблю відмітку в тому місці, де ти зупинився. Після чого я знову скажу: «Починай!» і ти продовжиш працювати далі».

Опрацювання результатів

Фіксуються час виконання завдання, кількість зображень фігур, які дитина обробила за весь час роботи, а також окремо за кожні 30 секунд кількість зроблених помилок.

Одержані значення підставляються у формулу, за якою визначається показник рівня розвитку у дитини одночасно двох властивостей уваги – продуктивності та стійкості:

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

де S – показник стійкості та продуктивності уваги дитини;

N – кількість фігур, що продивилася дитина;

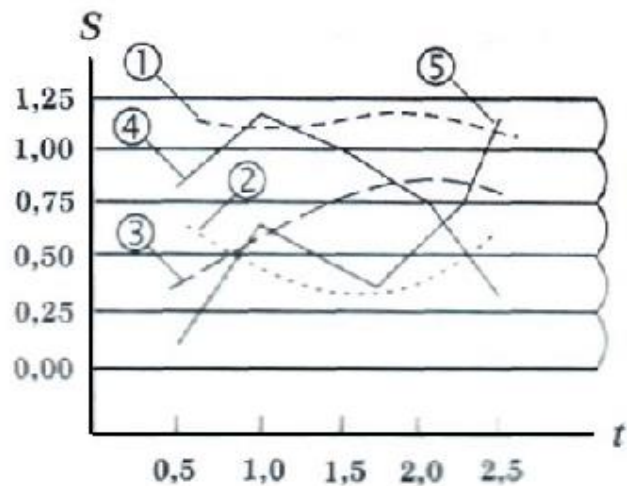
n – кількість допущених помилок;

t – час виконання завдання.

За наведеною вище формулою визначається шість показників: для кожного 30-секундного інтервалу. Відповідно, змінна t набуває значення 30 та 150.

За всіма показниками S , отриманими у процесі виконання завдання, будується графік, на основі аналізу якого можна судити про динамку зміни продуктивності та стійкості уваги дитини в часі.

Бали	Показник S
10	$> 1,25$
8-9	$1-1,25$
6-7	$0,75-1$
4-5	$0,50-0,75$
2-3	$0,24-0,50$
0-1	$0-0,2$



Показники продуктивності та стійкості уваги оцінюються (кожний окремо) за 10-бальною шкалою.

1,00-1,25 – зона дуже високопродуктивної уваги;

0,75-1,00 – зона високопродуктивної уваги;

0,50-0,75 – зона продуктивної уваги;

0,25-0,50 – зона низькопродуктивної уваги;

0,00-0,25 – зона дуже низькопродуктивної уваги.

На графіку подано різні зони продуктивності та криві, які можуть бути одержані у результаті психодіагностики дитини за даною методикою.

Інтерпретування кривих:

Крива 1 – графік високопродуктивної та стійкої уваги.

Крива 2 – графік низькопродуктивної, але стійкої уваги.

Крива 3 – графік середньопродуктивної та середньостійкої уваги.

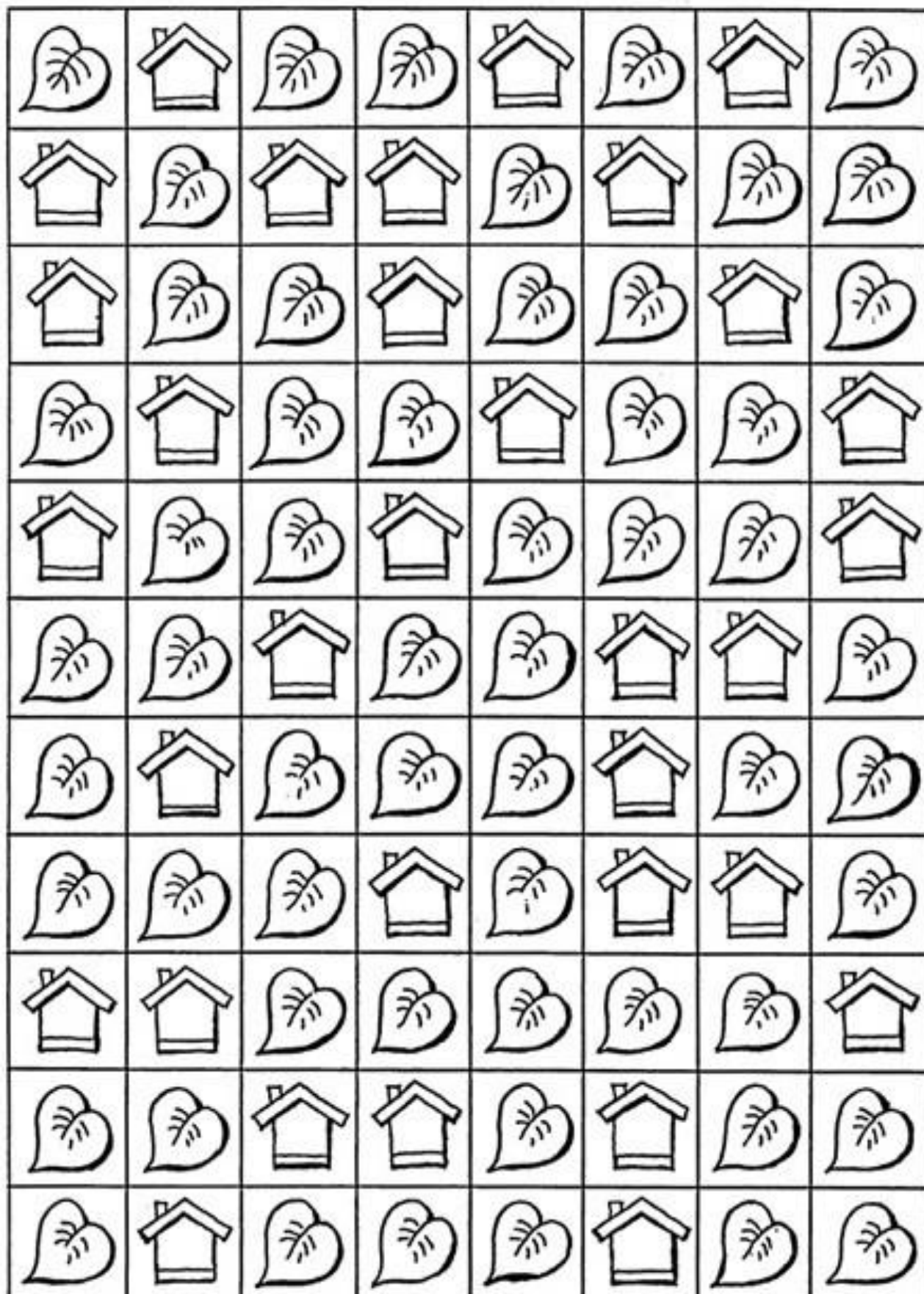
Крива 4 – графік середньопродуктивної, але нестійкої уваги.

Крива 5 – графік середньопродуктивної й у край нестійкої уваги.

Нормативи:

Бали	Продуктивність та стійкість уваги
10	Дуже висока
8-9	Висока
4-7	Середня
2-3	Низька
0-1	Дуже низька

Бланк тесту «Коректурна проба»



Рекомендації для батьків щодо поводження з розумово відсталою дитиною з синдромом гіперактивності

1. В своїх відносинах з дитиною притримуйтесь «позитивної моделі». Хваліть її в кожному випадку, коли вона заслужила, підкреслюйте успіхи. Це може зміцнити впевненість дитини в своїх силах. Можна використовувати солодощі; медалі, значки, які через певний час можна обміняти на більш значимі подарунки.

2. Коли ви даєте розпорядження, ви можете формулювати їх наступним чином: «Мені потрібна твоя допомога. Будь ласка прибери взуття від дверей». Ключовим моментом в даній ситуації є прохання про допомогу.

3. Не давайте дитині категоричних вказівок, уникайте слів «ні» та «неможна».

4. Говоріть стримано, спокійно, м'яко.

5. Будуйте взаємовідносини з дитиною на взаєморозумінні та довірі.

6. Уникайте, з одного боку, надмірної м'якості, з іншої – завищених вимог до дитини.

7. Давайте дитині тільки одне завдання на певний відрізок часу, щоб вона не була перевантажена великою кількістю розпоряджень.

8. Заохочуйте дитину за усі види діяльності, котрі потребують концентрації уваги.

9. Підтримуйте вдома чіткий розпорядок дня для всіх членів родини. Час їжі, виконання домашнього завдання, прогулянки та сну має відповідати цьому режиму. Діти відчують себе в більшій безпеці, якщо мають справу з багаторазово повторювальними діями, вони більш сприйнятливі та краще реагують, коли роблять все регулярно.

10. Повторюйте своє прохання тими ж словами багато разів, навіть якщо дитина вас не слухає, все одно продовжуйте.

11. Уникайте по можливості великого скупчення людей. Перебування в великих магазинах, на базарах, в ресторанах, тощо має на дитину надзвичайно велику стимульну дію.

12. Під час ігор обмежуйте дитину лише одним партнером. Уникайте шумних, занадто рухливих друзів.

13. Оберігайте дитину від втоми, оскільки це призводить до зниження самоконтролю та зростання гіперактивності.

14. Давайте дитині можливість витратити надлишкову енергію. Корисна щоденна фізична активність на свіжому повітрі: довготривалі прогулянки, рухливі ігри, спортивні заняття в секціях.

15. Вислуховуйте до самого кінця те, що хоче сказати дитина.

16. Проводьте дозвілля всією родиною.

17. Не сваріться при дитині.

18. Реагуйте на дії дитини неочікуваним способом (пожартуйте, повторіть дії дитини, сфотографуйте її).

19. Любіть свою дитину такою, яка вона є, не дивлячись на її особливості.

Рекомендації для вихователів щодо поводження з розумово відсталою дитиною з синдромом гіперактивності

Виховання дітей з синдромом гіперактивності має відбуватися згідно такого плану:

1. В першу чергу необхідно змінити оточення:
 - вихователь має вивчити нейропсихологічні особливості дитини з синдромом гіперактивності;
 - робота будується з урахуванням індивідуальних особливостей дитини, необхідно залучати дитину якнайактивніше до навчально-виховного процесу;
 - оптимальне місце в групі – парта або столик поруч з місцем вихователя з обмеженою кількістю сусідів;
 - обов'язкові фізкультурні хвилини для всієї групи;
 - дозволяйте гіперактивній дитині кожні 15 хвилин вставати та ходити позаду групи;
 - дитина має звертатися до Вас у разі труднощів;
 - спрямовуйте енергію такої дитини на щось корисне: допомогти вихователю, роздати листочки, олівці, тощо.
2. Створення позитивної мотивації на успіх:
 - частіше хваліть дитину;
 - заняття мають проходити відповідно до постійного розкладу;
 - уникайте завищених чи занижених вимог до дитини з синдромом гіперактивності;
 - заняття організовуйте в цікавій ігровій формі;
 - давайте завдання з урахуванням здібностей і можливостей дитини;
 - великі завдання необхідно розділяти на частини, та контролювати виконання кожної;

- створюйте ситуації, в яких така дитина зможе себе проявити;
 - будуйте навчально-виховний процес на позитивних емоціях;
 - ігноруйте негативні вчинки, а позитивні заохочуйте;
 - не намагайтесь зломити дитину, спробуйте з нею домовитись.
3. Корекція негативних форм поведінки:
- сприяйте викоріненню агресії;
 - навчайте необхідним соціальним нормам та навичкам спілкування;
 - регулюйте взаємовідносини дитини з іншими дітьми з її групи.
4. Регулюйте очікування:
- поясніть батькам та оточуючим, що позитивні зміни настають не так швидко, як нам би хотілось;
 - поясніть батькам та оточуючим, що покращення залежить не лише від спеціального лікування та корекції, а ще й від спокійного та послідовного ставлення.

Рекомендації для психологів щодо поводження з розумово відсталою дитиною з синдромом гіперактивності

1. Допомагайте дитині в оволодінні основними соціальними навичками. Психолог повинен навчати дитину як правильно поводитися серед однолітків, виробити початкові навички спілкування та взаємодії в колективі.

2. Домагайтеся бажаної поведінки. Використовуйте систему жетонів у співпраці з батьками. Позитивна і негативна поведінка обов'язково повинні супроводжуватися відповідними наслідками.

3. Використовуйте різні тактики концентрації уваги. Можна використовувати такі прийоми: правильна організація середовища з мінімумом подразників, жвавий темп занять і постійний зворотний зв'язок.

4. Зробіть заняття веселими. Використовуйте в корекційній роботі цікаві прийоми, ігри, різні теми з мультфільмів та казок для занять. Це підвищує рівень мотивації.

5. Застосовуйте тимчасову ізоляцію дитини і тайм аут. Іноді корисно дати розумово відсталій дитині відпочити від колективу. При збудженні дитини її можна видалити на якийсь час з дитячої середовища. Цей прийом може носити як позитивне забарвлення, з метою дати дитині пограти на самоті і заспокоїтися, так і бути методом покарання.

6. Будьте в постійному контакті з дитиною та її батьками. Створіть свого роду співтовариство, в якому буде відбуватися взаємодія між дитиною, психологом, вихователями та батьками.

7. Намагайтеся завоювати довіру дитини. Для цього треба намагатися бути якомога добрішими, уважнішими і справедливим до дитини.

Психокорекційні вправи та ігри для проведення з розумово відсталими дітьми з синдромом гіперактивності в індивідуальній формі

Ігри, спрямовані на покращення координації рухів, зняття імпульсивності, емоційної напруги, довільність поведінки «Знайди відмінності» (О.Лютова, Г.Моніна)

Мета: розвиток уваги, комунікативних навичок.

Хід гри: дитина малює все, що їй захочеться, потім передає листок дорослому. Дорослий додає одну або декілька деталей та повертає дитині, яка має знайти зміни. Потім дорослий малює, а дитина вносить зміни – вони міняються ролями.

«Ласкаві лапки»

Мета: зняття напруги, м'язового зажиму, зниження агресивності, розвиток чуттєвого сприймання.

Хід гри: дорослий підбирає 6-7 мілких предметів різної фактури: шматочок хутра, пензлик, буси, вата, дерев'яні, металеві кола. Всі предмети викладаються на стіл. Дитину просять оголити руку по лікоть. Дорослий пояснює, що по руці буде ходити «тваринка» та торкатися ласкавими лапками. Потрібно з закритими очима вгадати, яка «тваринка» доторкалася до руки – відгадати предмет. Доторкання мають бути ласкавими та приємними.

«Клубочок»

Мета: навчити дитину одному з правил саморегуляції.

Хід гри: дитині пропонують змотати в клубок яскраві нитки. Розмір клубочка може з кожним разом ставати все більшим і більшим. Дорослий повідомляє дитині, що цей клубочок не простий, а чарівний. Як тільки хлопчик чи дівчинка починають його змотувати, то одразу ж заспокоюються.

«Розмова з тілом» (О.Лютова, Г.Моніна)

Мета: навчити дитину володіти своїм тілом.

Хід гри: дитина лягає на підлогу на великий аркуш паперу або шматок шпалер. Дорослий олівцем обводить контури фігури дитини. Потім разом з дітям розглядає силует і ставить питання: «Це твій силует. Хочеш, ми можемо розмалювати його? Яким би кольором ти хотів прикрасити свої руки, ноги, тулуб? Як ти думаєш, чи допомагає тобі твоє тіло в певних ситуаціях, наприклад, коли ти рятуєшся від небезпеки і т.д.? Які частини тіла тобі особливо допомагають? А бувають такі ситуації коли твоє тіло підводить тебе, не слухається? Що ти робиш в цьому випадку? Як ти можеш навчити своє тіло бути більш слухняним? Давай домовимося, що ти і твоє тіло прагнутимуть краще розуміти один одного».

«Археологія»

Мета: розвиток м'язового контролю.

Хід гри: дорослий опускає кисть руки в таз з піском або крупною і засипає її. Дитина обережно «відкопує» руку — робить археологічні розкопки. При цьому не можна доторкатися до кисті руки. Як тільки дитина торкнеться своєї долоні вона тут же міняється ролями з дорослим.

Змінений тест «Коректурна проба»

Мета: розвиток уваги.

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

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

Мета: розвиток мислення.

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

«Чарівні ляпки»

Мета: розвиток уяви, творчого мислення.

Хід гри: спочатку дитина готують ляпки (безладно наносить рідку фарбу на папір, а потім складає аркуш вдвоє, ляпками всередину). Потрібно побачити в ляпці зображення чого-небудь і домалювати його.

«Послухай тишу» (Г.Черепанова)

Мета: розвивати увагу гіперактивної дитини і вміння володіти собою.

Хід гри: по першому сигналу дзвіночка дитина починає бігати по кімнаті, кричати, стукати і тому подібне. По другому сигналу вона повинна швидко сісти на стілець і прислухатись до того, що відбувається навкруги. Потім дитина розповідає, які звуки вона почула.

Функціональна вправа «Що зникло?».

Мета: розвиток концентрації уваги.

Сидячи на підлозі. Перед кожною дитиною по черзі розкладаються предмети. Її просять уважно подивитися на них і запам'ятати. Потім дитина закриває очі, а інструктор прибирає один предмет. Завдання дитини - назвати зниклий предмет.

Когнітивна вправа «Фотографія».

Мета: емоційний розвиток.

Сидячи на підлозі. Інструктор показує дитині фотографію із зображенням людини з певним настроєм. Учасник повинен відтворити задану йому фразу з інтонацією, відповідної емоції на фотографії. Можна супроводити вислів відповідною мімікою і жестами.

Когнітивна вправа «Млинок».

Мета: розвиток міжпівкулевої взаємодії.

Стоячи. Запропонуйте дитині робити одночасні кругові рухи рукою і ногою. Спочатку лівою рукою і лівою ногою, правою рукою і правою ногою, лівою рукою і правою ногою, правою рукою і лівою ногою. Спочатку обертання виконується вперед, потім назад, потім рукою вперед, а ногою назад. Виконуйте так, щоб рука і протилежна нога рухалися одночасно з обертанням очей вправо, вліво, вгору, вниз. Дихання довільне.

«Пуантизм»

Мета: вчити дитину самостійно створювати образи

Дитину просять за допомогою фарб створити будь-який малюнок на аркуші паперу. Кольорові плями можна наносити за допомогою пензликів, паличок чи пальчиків. Вправа сприяє розслабленню та заспокоєнню.

«Лови-лови»

Мета: зняття емоційної напруги.

Матеріал: паличка довжиною 0,5м з причепленим до неї м'ячиком на яскравій стрічці.

Ведучий тримає паличку, підходить до дитини зі словами: «Лови-лови!». Завдання учасника гри піймати м'ячик, який постійно підскачує догори. Гра дуже збуджує психіку дітей, рекомендовано проводити її під час прогулянки після сну. Гра сприяє підвищенню тону, зняттю емоційної напруги, направляє рухову активність дитини в правильне русло.

«Як пройти?» (Р.Калініна)

Мета: розширення знань дітей про оточуючий світ, розвиток комунікативних навичок.

Ведучий розпочинає: «У зайчика захворіли вушка. Що він має зробити?» - «Піти до лікаря». – «А як його знайти?» - «В лікарні». – «Де знайти лікарню?» - тощо. Дитина розповідає, де знаходиться лікарня, як туди дібратися. Так само можна ходити в магазин, музей, театр, цирк тощо.

В процесі гри ситуації можна спростити, обговорюючи лише дії в тій чи іншій ситуації.

«Час тиші та час «можна» (Н.Кряжева)

Мета: розвиток довільності поведінки.

Дорослий домовляється з дитиною про те, що у них тепер буде час тиші та час «можна». Це значить, що в час тиші дитина буде вести себе тихо, займатися спокійними справами – малюванням, ліпкою та ін. Проте в час «можна» вона зможе робити все, що заманеться – бігати, стрибати, кричати, співати, веселитися. Необхідно заздалегідь попередити дитини, що навіть в час «можна» неможна битися, сваритися, ображати кого-небудь.

Ці години можна чергувати протягом дня або грати в них в різні дні. Вони мають стати звичними в групі дитячого садку та вдома, тоді дорослому буде простіше контролювати поведінку дитини в будь-який момент.

«Говори!»

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

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

Давайте потренуємося: «Яка зараз пора року?» (дорослий робить паузу) «Говори!»; «Якого кольору у нас в групі стіни?» ... «Говори!»; «Який сьогодні день тижня?» ... «Говори!» ... І т.д. »

Гра може проводитися як індивідуально, так і з групою дітей.

«Вивільнення гніву» (К.Рудестам)

Мета: від реагування негативних емоцій.

Обладнання: м'який стілець або купа подушок.

Подушки, на які буде вивільнятися агресія, складаються перед дитиною, а вона має сильно бити по ним. Під час ударів можна вигукувати будь-які слова, що виражають почуття.

Гру необхідно проводити систематично, так як негативні емоції постійно потребують вивільнення і краще, якщо дитина вивільнить свій гнів на подушках, ніж на оточуючих.

«Спонтанне малювання»

Мета: від реагування негативних переживань, зняття емоційної напруги.

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

В приміщенні вмикається приємна неголосна музика. Протягом 20-30 хвилин дитина може малювати все, що їй захочеться, прикрашати малюнок аплікацією.

Спонтанне малювання допомагає дитині вийти з депресій, знімає психологічну напругу, активізує почуття міри – дитина зупиняється, коли відчуває, що експериментувати більше не варто. Завдання дорослого – дати дитині повну свободу.

Вправи на розвиток дрібної моторики

«Кільце». По черзі і якнайшвидше дитина перебирає пальці рук, з'єднуючи в кільце з великим пальцем послідовно вказівний, середній і т.д. Вправа виконується в прямому (від вказівного пальця до мізинця) і в зворотному (від мізинця до вказівного пальця) порядку. На початку методика виконується кожною рукою окремо, потім разом.

«Кулак-долоня-ребро». Дитині показують три положення руки на площині підлоги, які послідовно змінюють один одного. Долоню на площині, долоню стиснуту в кулак, долоню ребром на площині підлоги, розпрямлену долоню на площині підлоги. Дитина виконує пробу разом з інструктором, потім по пам'яті протягом 8-10 повторів моторної програми. Проба виконується спочатку правою рукою, потім лівою, потім двома руками разом. При засвоєнні програми або при утрудненнях у виконанні інструктор пропонує дитині допомагати собі командами («кулак-ребро-долоня»), вимовними вголос.

«Вухо-ніс». Лівою рукою взятися за кінчик носа, а правою – за протилежне вухо. Одночасно відпустити вухо і ніс, плеснути в долоні, поміняти положення рук навпаки.

«Змійка». Запропонуйте дитині уявити, що її пальці – це маленькі змійки. Вони можуть рухатися-звиватися, обертаючись направо, наліво, знизу вгору і згори вниз. При виконанні двома руками долоні спочатку «дивляться» від дитини, потім – одна на одну. При цьому спочатку

опрацьовуються однакові пальці рук, а потім різні (наприклад, великий палець правої руки і мізинець лівої руки).

«Жабка». Покласти руки на підлогу (стіл). Одна рука стиснута в кулак, інша лежить на площині столу (долонька). Одночасно міняти положення рук. Ускладнення вправи полягає у прискоренні.

«Замок». Схрестити руки долонями одна до одної, зчепити пальці в замок, вивернути руки до себе. Рухати пальцем, який вкаже ведучий. Палець має рухатися точно і чітко, не допускаючи синкинезій. Торкатися до пальця можна. Послідовно у вправі повинні брати участь всі пальці обох рук. Надалі діти можуть виконувати вправу в парах.

«Масаж вушних раковин». Промасажувати мочки вух, потім всю вушну раковину. Наприкінці вправи розтерти вуха руками.

«Паровозик». Праву руку покласти на ліву, одночасно роблячи 10-12 маленьких кіл зігнутою в ліктьовому суглобі лівою рукою, плечем уперед, потім стільки ж назад. Поміняти позиції рук і повторити вправу.

«Слоник, що малює». Сісти в позу слона. Коліна злегка підігнуті. Нахилитися головою до плеча. Витягнути руку вперед і малювати нею горизонтальну вісімку (знак нескінченності) великими мазками. Потім повторити те ж іншою рукою.

«Сова». З силою схопити ліве плече правою рукою, головою повільно перетинати середню лінію тіла, повертаючи ліворуч, потім праворуч. Розслабитися. Зробити три повних циклу дихання на три повороти голови. Повторити те ж для іншого плеча. Додати вокалізацію: голова у плеча – вдих, голова на грудях – видих з вокалізацією «у-у-х», голова у іншого плеча – вдих і т.д.

Вправи на релаксацію

«Поза спокою»

Мета: освоєння, закріплення пози спокою і розслаблення м'язів рук. Необхідно сісти ближче до краю стільця, взятися на спинку, руки вільно

покласти на коліна, ноги злегка розставити. Формула загального спокою вимовляється інструктором повільно, тихим голосом, з тривалими паузами.

Всі вміють танцювати, стрибати, бігати, малювати. Але поки не всі вміють розслаблятися, відпочивати. Є у нас гра така – дуже легка і проста. Сповільнюється рухи, зникає напруга... І стає зрозуміло – розслаблятися приємно!

«Кулачки»

Мета: освоєння, закріплення пози спокою і розслаблення м'язів рук. Сидячи на підлозі. Інструктор: «Стисніть пальці в кулачок міцніше. Руки покладіть на коліна. Стисніть їх сильно, щоб кісточки побіліли. Руки втомилися. Розслабили руки. Відпочиваємо. Кисті рук потеплішали. Легко, приємно стало. Слухаємо і робимо, як я. Спокійно! Вдих – пауза, видих – пауза!». Ця і кожна наступна вправа повторюється 3 рази.

«Руки на колінах, кулачки стиснуті, міцно, з напругою... Пальчики притиснуті (стиснути пальці). Пальчики сильніше стискаємо – відпускаємо, розжимаємо. Легко підняти і впустити розслаблену кисть.»

«Олені»

Мета: освоєння, закріплення пози спокою і розслаблення м'язів рук. Інструктор: «Уявіть собі, що ви – оленята. Підніміть руки над головою, схрестіть їх, широко розставивши пальці. Напружте руки. Вони стали твердими! Нам важко і незручно тримати так руки, упустіть їх на коліна. Розслабте руки. Спокійно. Вдих – пауза, видих – пауза.

Подивіться: ми – олені. Рветься вітер нам на зустріч! Вітер стих, розправим плечі, руки знову на коліна. А тепер трошки ліні... Руки не напружені і розслаблені. Знайте, відпочивають ваші пальчики! Дихається легко, рівно, глибоко».

«Засмагаємо»

Мета: розслаблення м'язів ніг.

Інструктор: «Уявіть собі, що ноги загоряють на сонечку (витягнути ноги вперед, сидячи на підлозі). Підніміть ноги, тримайте в повітрі. Ноги

напружилися (можна запропонувати дитині самій помацати, якими твердими стали її м'язи). Напружені ноги стали твердими, кам'яними. Опустіть ноги. Вони втомилися, а тепер відпочивають, розслабляються. Як добре, приємно стало. Вдих – пауза, видих – пауза. Ми чудово загоряємо! Вище ноги піднімаємо! Тримаємо... Тримаємо... Напружуємо... Засмагаємо! Опускаємо (ноги різко опустити на підлогу). Ноги не напружені, розслаблені».

«Кораблик»

Мета: розслаблення м'язів рук, ніг, корпусу.

Інструктор: «Уявіть собі, що ви на кораблі. Качає. Щоб не впасти, розставте ноги ширше і притисніть їх до підлоги. Руки зчепіть за спиною. Хитнуло палубу, притисніть до підлоги праву ногу (права нога напружена, ліва розслаблена, трохи зігнута в коліні, носком торкається підлоги). Випрямитесь! Розслабте ногу. Хитнуло в іншу сторону, притисніть до підлоги ліву ногу. Випрямитесь. Вдих – пауза, видих – пауза.

Після навчання розслабленню ніг рекомендується ще раз повторити позу спокою. «Знову руки на коліна, а тепер трохи ліні ... Напруга відлетіла, і розслаблене все тіло... Наші м'язи не втомилися і ще слухнянішими стали. Дихається легко, рівно, глибоко... ».

«Кулька»

Мета: розслаблення м'язів живота.

Інструктор: «Уявіть, що ви надуваєте повітряну кульку. Покладіть руку на живіт. Надувайте живіт, ніби це велика повітряна куля. М'язи живота напружуються. Ця сильна напруга неприємна! Зробіть спокійний вдих животом так, щоб рукою відчуті невелику напруга м'язів. Плечі не піднімайте. Вдих – пауза, видих – пауза. М'язи живота розслабилися. Стали м'якими. Тепер легко зробити новий вдих. Повітря само легко входить всередину. І видих вільний, ненапружений!

Ось як кулька надуваєм! І рукою перевіряєм (вдих). Кулька лопне, видихаєм. Наші м'язи розслабляєм. Дихається легко... рівно... глибоко... ».

«Пляж»

Мета: розвиток м'язового контролю, усунення імпульсивності.

Лежачи. Запропонуйте дитині закрити очі і уявити, що вона лежить на теплому піску. Ласкаво світить сонечко й зігріває її. Віє легкий вітерець. Вона відпочиває, слухає шум моря, спостерігає за грою хвиль і танцями чайок над водою. Нехай прислухається до свого тіла. Відчує позу, в якій вона лежить. Зручно? Нехай спробує змінити свою позу так, щоб було максимально зручно, щоб вона була максимально розслабленою. Нехай уявить собі все цілком і запам'ятає цей образ. Потім потрібно потягнутися, зробити глибокий вдих і видих, відкрити очі, повільно сісти і акуратно встати.

Психогімнастичні вправи

«Будь уважний!»

Мета: стимулювати увагу, вчити швидко і точно реагувати на звукові сигнали.

Дитина марширує під музику. Потім на слово «Зайчики», що вимовляє ведучий, дитина повинна почати стрибати, на слово «конячки» – ніби ударяти «копитом» об підлогу, «раки» – задкувати, «птахи» – бігати, розкинувши руки в сторони, «лелека» – стояти на одній нозі.

«Запам'ятай своє місце»

Мета: розвиток моторно-слухової пам'яті.

Діти стоять у колі або в різних кутах зали, кожен повинен запам'ятати своє місце. Під музику І. Дунаєвського «Галоп» всі розбігаються, а із закінченням музики повинні повернутися на свої місця.

«Запам'ятай свою позу»

Мета: розвиток моторно-слухової пам'яті.

Дитина повинна встати в яку-небудь позу і запам'ятати її. Коли зазвучить музика, вона починає бігати, гратися. З закінченням музики вона повинна повернутися на своє місце і встати в ту ж позу.

«Це я! Це моє!»

Дитина розмовляє з глухою бабусею, яка, виявляється, шукає саме її. Вона має зрозуміти, що з бабусею треба розмовляти за допомогою рук: нічого-то бабуся не чує. Бабуся запитує: «Де Вітя?» (Називається ім'я граючого), «Чиї це книги?», «Чиї іграшки?». Дитина відповідає жестом.

Виразні рухи. Рука зігнута в лікті, вказівний палець спрямований на груди: «Я!»; притиснута до грудей кисть: «Моє, належить мені!».

«Спляче кошеня»

Дитина виконує роль кошеня, яке лягає на килимок і засинає. У кошеняти повільно піднімається і опускається животик. Етюд супроводжується музикою.

«До побачення!»

Від пристані відходить величезний білий теплохід. Проводжаючи, дивлячись на моряків, що стоять на палубі і пасажирів махають їм високо піднятою рукою: «До побачення! До зустрічі!»

Психокорекційні вправи та ігри для проведення з розумово відсталими дітьми з синдромом гіперактивності в парній формі

Вправи на розтяжку

«Половинка»

Мета: оптимізація тону м'язів.

Сидячи на підлозі. Загальне напруження тіла. Розслаблення. Напряга і розслаблення по осях: вгору-вниз (напряга верхньої половини тіла, напряга нижньої половини тіла), лівостороння і правостороння (напряга правої, потім лівої половини тіла), напряга лівої руки і правої ноги, а потім правої руки і лівої ноги.

«Промінчики»

Сидячи на підлозі. Почергово напряга і розслаблення:

- Шиї, спини, сідниць;
- Правого плеча, правої руки, правої кисті, правого боку, правого стегна, правої ноги, правої стопи;
- Лівого плеча, лівої руки, лівої кисті, лівого боку, лівого стегна, лівої ноги, лівої стопи.

«Медуза»

Сидячи на підлозі, здійснювати плавні рухи руками, наслідуючи медузу, плаваючу у воді.

«Травинка під вітром»

Дітям пропонується зобразити всім тілом травинку (сісти на п'яти, руки витягнути вгору, зробити вдих). Інструктор: «Починає дути вітер, і травинка нахиляється до землі (видихаючи, нахилити тулуб вперед, поки груди не торкнуться стегон; руки при цьому витягуються вперед, долоні на підлозі; не змінюючи положення тулуба, потягнути руки по підлозі ще далі вперед). Вітер стихає, травинка випрямляється і тягнеться до сонечка (на вдиху повернутися у вихідне положення, потягнутися вгору)».

«Дерево»

Сидячи навпочіпки. Дитині пропонується сховати голову в коліна, коліна обхопити руками. Це насіннячко, яке поступово проростає і перетворюється в дерево. Нехай дитина повільно піднімається на ноги, потім розпрямляє тулуб, витягає руки вгору. Потім потрібно напружити м'язи тіла і витягнути його вгору. Повіяв вітер: нехай дитина розгойдує тіло, імітуючи дерево.

«Підвіски»

Сидячи на підлозі. Дітям пропонується уявити, що вони ляльки-маріонетки, які після виступу висять на гвіздочках в шафі. Інструктор: «Уявіть собі, що вас підвісили за руку, за палець, за шию, за плече і т.д. Ваше тіло зафіксовано в одній точці, все інше – розслаблено, бовтається». Вправа виконується в довільному темпі, краще з закритими очима. Інструктор стежить за ступенем розслабленості тіла у дітей, акцентуючи увагу на напружених місцях.

«Снігова баба»

Діти уявляють, що кожен з них снігова баба. Величезна, красива, яку виліпили зі снігу. У неї є голова, тулуб, дві стирчать в сторони руки, і вона стоїть на міцних ніжках. Чудового ранку, світить сонце. Ось воно починає припікати, і сніжна баба починає танути. Далі діти зображають, як тане сніжна баба. Спочатку тане голова, потім одна рука, інша. Потім потроху починає танути і тулуб. Снігова баба перетворюється в калюжку, що розтікається по землі.

«Кішка»

Кожен учасник повинен встати на карачки, спираючись на коліна і долоні. На кожен крок правої руки і лівої ноги робити вдих, відводити голову назад, прогинати хребет вниз. На кожен крок лівої руки і правої ноги робити видих, шипіти, опускати підборіддя до грудей, вигинати спину вгору.

«Зірка»

Сидячи на підлозі. Ця вправа виконується в позі «зірки». Дитині пропонується зобразити своїм тілом «зірку», злегка розвівши руки і ноги, а

потім виконати розтяжки. Дитина повинна виконати спочатку лінійні, а потім діагональні розтяжки. При цьому одночасно розтягуються спочатку права рука і ліва нога, а потім ліва рука і права нога.

Дихальні вправи

1. Мета: розвиток довільності і самоконтролю.

Сидячи на підлозі. Вдих. Дітям пропонується розслабити м'язи живота, почати вдих, надуваючи в животі кульку, наприклад, червоного кольору (колір необхідно міняти). Пауза (затримка дихання). Видих. Дітям пропонується втягнути живіт якомога сильніше. Пауза. Вдих. При вдиху губи витягуються трубочкою і з шумом «п'ють» повітря.

2. Сидячи на підлозі. Вдих, пауза, видих, пауза. Дитині пропонується вокалізувати на видиху, проспівуючи окремі звуки («а», «о», «у» і ін.) І їх поєднання.

3. Сидячи на підлозі. Дихати тільки через ліву, а потім тільки через праву ніздрю (при цьому для закриття правої ніздрі використовують великий палець правої руки, інші пальці дивляться вгору, а для закриття лівої ніздрі застосовують мізинець правої руки). Дихання повільне, глибоке. Дихання тільки через ліву ніздрю активізує роботу правої півкулі головного мозку, сприяє заспокоєнню і релаксації. Дихання тільки через праву ніздрю активізує роботу лівої півкулі головного мозку, сприяє вирішенню раціональних завдань.

4. Сидячи на підлозі. Глибокий вдих, руки повільно підняти до рівня грудей. Затримати дихання, увагу сконцентрувати на середині долонь. Повільно видихнути, руки опустити вздовж тіла.

5. Сидячи на підлозі. Дитина кладе одну руку на груди або живіт і акцентує увагу на тому, як на вдиху рука піднімається, а на видиху – опускається. Потім в такт з диханням іншою рукою вона показує, як дихає (на вдиху рука піднімається до рівня грудей, а на видиху – опускається). Далі дитина повинна плавно і повільно піднімати і опускати руку або обидві руки одночасно в такт диханню, але вже на певний рахунок (на 8, на 12).

6. Сидячи на підлозі. Глибоко вдихнути. Загорнути вуха від верхньої точки до мочки. Затримати дихання. Видихнути з відкритим сильним звуком а-а-а (чергувати зі звуками и-и-и, у-у-у, о-о-о).

Окорухові вправи

1. Сидячи на підлозі. Голова фіксована. Очі дивляться прямо перед собою. Починається відпрацювання рухів очей по чотирьом основним (вгору, вниз, праворуч, ліворуч) і чотирьом допоміжним напрямам (по діагоналях); зведення очей до центру. Кожен з рухів відпрацьовується спочатку на відстані витягнутої руки, потім на відстані ліктя і, нарешті, перенісся. Рухи здійснюються в повільному темпі (від 3 до 7 секунд) з фіксацією в крайніх положеннях; причому фіксація повинна бути рівною по тривалості попереднього руху. При відпрацюванні окорухових вправ для залучення уваги дитини рекомендується використовувати які-небудь яскраві предмети, маленькі іграшки і т.д. На початку освоєння цих вправ дитина повинна стежити за предметом, що переміщуються дорослим, а потім пересувати його самостійно, тримаючи спочатку в правій, потім в лівій руці, а потім обома руками разом.

2. Сидячи на підлозі. Голова зафіксована. Очі дивляться прямо перед собою. Триває відпрацювання рухів очей по чотирьом основним (вгору, вниз, праворуч, ліворуч) і чотирьом допоміжним напрямками (по діагоналях); зведення очей до центру.

3. Сидячи на підлозі. Голова зафіксована. Очі дивляться прямо перед собою. Продовжувати відпрацювання руху очей по чотирьом основним (вгору, вниз, праворуч, ліворуч) і чотирьом допоміжним напрямками (по діагоналях); зведення очей до центру. Рухи очей необхідно поєднувати з диханням. На фазі глибокого вдиху необхідно зробити рухи очима, потім утримати очі в крайньому латеральному положенні на фазі затримки дихання. Повернення у вихідне положення супроводжується пасивним видихом.

Психокорекційні вправи та ігри для проведення з розумово відсталими дітьми з синдромом гіперактивності в груповій формі

Рухливі ігри та завдання

«Броунівський рух» (Ю.Шевченко)

Мета: гра направлена на розвиток розподілу уваги.

Хід гри: всі діти встають в коло. Ведучий один за іншим вкачує в центр кола тенісні м'ячики. Дітям повідомляються правила гри: м'ячі не повинні зупинятися і викочуватися за межі кола, їх можна штовхати ногою або рукою. Якщо учасники успішно виконують правила гри, ведучий укачує додаткові м'ячі. Сенс гри — встановити командний рекорд по кількості м'ячів в колі.

«Послухай тишу» (Г.Черепанова)

Мета: розвивати увагу гіперактивної дитини і уміння володіти собою.

Хід гри: по першому сигналу дзвіночка діти починають бігати по кімнаті, кричати, стукати і тому подібне. По другому сигналу вони повинні швидко сісти на стільці і прислухатись до того, що відбувається навкруги. Потім діти по колу (або за бажанням) розповідають, які звуки вони почули.

«Розстав пости» (О.Лютова, Г.Моніна)

Мета: гра розвиває навички вольової регуляції, виховує у дитини здатність концентрувати свою увагу на певний сигнал.

Хід гри: діти марширують під музику один за одним. Попереду йде командир. Коли командир хлопне в долоні дитині, що йде останньою, вона повинна одразу зупинитися. Таким чином командир розставляє всіх дітей в задуманому ним ладі (лінійка, круг, по кутах і т. п.).

«Будь ласка»

Мета: гра швидко вчить дітей умінню швидко переключати свою увагу з одного виду діяльності на другий, допомагає їм здолати руховий автоматизм.

Хід гри: всі учасники гри разом з ведучим стають в коло. Ведучий говорить, що він показуватиме різноманітні рухи (фізкультурні, танцювальні жартівливі), а гравці повинні їх повторювати лише в тому випадку, якщо він додасть слово «будь ласка». Хто помилиться, виходить на середину і виконує яке-небудь завдання, наприклад, посміхнутися, пострибати на одній нозі і тому подібне.

Примітка: Замість слова «будь ласка» можна додавати і інші слова, наприклад: «Король наказав», «Чебурашка просить» і тому подібне.

«Ау! (О.Хухлаєва, О.Хухлаєв)»

Мета: розвиток інтересу до однолітків, слухового сприймання

Хід гри: одна дитина стоїть спиною до усіх інших, вона загубилась у лісі. Хтось із дітей кричить їй: «Ау!» - і «загубившийся» має відгадати, хто його кликав.

Гра стимулює інтерес дітей один до одного через ігрове правило.

«Кенгуру»

Мета: розвиток координації рухів.

Хід гри: граючі вистроюються на одній лінії та зажимають м'яч між ногами. По сигналу вони починають стрибками рухатись до фінішу, котрий встановлений на відстані 20-30 м. якщо м'яч випадає, його підіймають та продовжують рух.

«Роздувайся, пузир (Р. Калиніна)»

Мета: розвиток почуття згуртованості, розвиток уваги.

Хід гри: діти стоять в колі дуже тісно – це «здутий пузир». Потім вони його надувають: дують в кулачки, поставлені один на одного, як в дудочку. Після кожного видиху роблять крок назад – «пузир» збільшується зробив декілька вдихів, всі беруться за руки та йдуть по колу, промовляючи «роздувайся пузир, роздувайся великий, Залишайся такий, та не лопайся!». Виходить велике коло. Потім вихователь говорить: «Хлоп!» - пузир лопається, всі збігаються до центру чи розбігаються по кімнаті.

«Чотири стихії»

Мета гри: розвиток уваги.

Хід гри: Гравці сидять по колу і виконують рухи відповідно до слів: "земля" - руки вниз, "вода" - витягнути руки вперед, "повітря" - підняти руки вгору, "вогонь" - провести обертання руками в лучезапястних і ліктьових суглобах. Хто помиляється, вважається тим, що програв.

«Сліпі фотографи» (М. Сігімова)

Мета: розвиток уваги, пам'яті, тактильної чуттєвості.

Хід гри: дітям пропонують запам'ятати («сфотографувати») декілька предметів та їх розташування, а після цього зав'язують їм очі та перемішають предмети. Гравці мають навпомацки визначити предмети і розставити їх так само, як вони і лежали.

«Мишка»

Мета: розвиток тактильних відчуттів, формування витримки, терпимого відношення до фізичного контакту з іншими людьми.

Обладнання: мишка, бубен, платок.

Хід гри: двоє дітей сідають на стілець один навпроти іншого. Одному зав'язують очі, а іншому в руки дають бубен. Коли другий гравець починає грати, третій починає водити мишкою по тілу першої дитини. Мішка бігає, кувиркається, карабкається згідно темпу звучання музики. Перший учасник гри сидить спокійно, він не має пробувати спіймати мишку руками, його задача – сконцентруватися на своїх відчуттях.

Можна використовувати декілька інструментів, під звуки яких мишка рухається по-різному.

«Дзеркало» (І. Томашпольська)

Мета: розвиток уваги, швидкості реакції, моторики.

Хід гри: діти обирають ведучого, він становиться в центр, а інші діти півколом навколо ведучого, котрий демонструє різноманітні пози, показує різноманітні вирази обличчя. Діти мають повторити їх.

Зміна поз та мімічних етюдів має бути швидкою. За темпом та правильністю має слідкувати дорослий.

«Подарунки»

Мета: розвиток уяви, комунікативних навичок, моторики.

Хід гри: діти стають в коло, а ведучий (дорослий) пропонує кожному придумати подарунок для сусіда з права (це можуть бути різноманітні предмети, квіти та ін.). Неможна нічого говорити, дитина має показати свій подарунок жестами, а ой, хто отримує подарунок – показати цей предмет на картинці або показати, як дитина буде ним користуватися. Той, хто отримав подарунок показує свою пантоміму наступному.

«Їстівне-неїстівне»

Мета: ігротерапія спілкування.

Хід гри: діти сідають в коло. Ведучий говорить слово і кидає м'яч своєму сусіду. Якщо слово означає їжу (фрукт, овоч, солодощі, молочні, м'ясні та інші продукти), то дитина, якій кинули м'яч, повинна спіймати його («з'їсти»). Якщо слово означає неїстівний предмет, м'яч не ловиться. Дитина, яка не впоралась із завданням, стає ведучим, називає придумане слово іншій дитині і кидає м'яч.

«Найуважніший»

Мета: розвиток уваги.

Хід гри: один з дітей стає ведучим, він запам'ятовує пози гравців, їхній одяг і порядок розташування учасників гри, а потім виходить з кімнати. У цей час гравці роблять 5 змін у своїх позах, одязі або міняються місцями. Ведучий повинен знайти зміни. Усі, хто не помилився, вважаються переможцями.

«Равлик»

Мета: зняття емоційного напруження, агресії, зниження імпульсивності дітей.

У дітей запитують: «Як ви думаєте, чому равлик боїться жабки? Що равлик робить коли йому загрожує небезпека?» Потім діти стають за дорослим «потягом» - кожен обіймає того, що стоїть попереду, за талію, утворюючи одного великого равлика. За командою «Жабка!» равлик

закручується спіраллю та завмирає: не рухається, не ворушиться. За командою «Жабка пішла!» діти, не розщеплюючи рук, походжають класом і хором промовляють: «Знов гуляти равлик хоче, та радіє, та регоче».

«Ласкаве ім'я»

Мета: розвиток емпатії, створення позитивного емоційного тла.

Кожній дитині пропонується ласкаво назвати сусіда праворуч, а той повинен подякувати за приємні слова. Після завершення першого кола Вправа виконується в інший бік (тобто ласкаво назвати тепер треба сусіда ліворуч).

«Я люблю...»

Мета: розвиток емпатії, вміння висловлювати свої думки.

Ведучий: «Для того щоб ми могли краще пізнати одне одного, я пропоную вам пограти в гру «я люблю...» Той, у кого опиниться м'ячик, повинен кинути його будь-кому з учасників, але сказати при цьому, що саме він любить робити, чим гратися. Наприклад, я кидаю м'ячика Олі та кажу: «Я люблю кататися на велосипеді».

«Добрий бегемотик»

Мета: зняття емоційного напруження, агресії, зниження рухової активності.

Діти стають у шеренгу. Дорослий каже, що всі вони разом – маленький добрий бегемотик. Кожна дитина обіймає за талію того, хто стоїть попереду. Потім дітей просять погладити свого сусіда по плечу, голівці, по спині, по руці... Після цього дорослий пропонує «бегемотикові» походити класом, присісти тощо.

Психогімнастичні вправи

«Дош в лісі»

Мета: релаксація, розвиток почуття емпатії.

Хід гри: діти стають в коло, один за одним - вони «перетворюються» в дерева в лісі. Дорослий читає текст, діти виконують його дії. «В лісі світило сонечко, і всі дерева простягнули до нього свої гілочки. Високо-високо

тягнуться, щоб кожен листочок міг зігрітися (діти піднімаються на носки, високо піднімають руки, перебираючи пальцями).

Але подув сильний вітер і став розгойдувати дерева в різні боки. Але міцно тримаються корінням дерева, стійко стоять і тільки розкачуються (діти розгойдуються в сторони, напружуючи м'язи ніг). Вітер приніс дощові хмари, і дерева відчули перші ніжні краплі дощу (діти легкими рухами пальців торкаються спини стоячого попереду). Дощик стукає все сильніше і сильніше (діти підсилюють рухи пальцями). Дереву стало жаліти один одного, захищати від сильних ударів дощу своїми гілками (діти проводять долонями по спинах товаришів). Але ось знову з'явилося сонечко. Дереву зраділи, стряхнули з листя зайві краплі дощу, залишили лише необхідну вологу. Дереву відчули всередині себе свіжість, бадьорість та радість життя».

«Підсніжник»

Мета: релаксація.

Хід гри: 1. В лісі під кучкою снігу заховалася ніжна квітка. Вона міцно склала свої листки, щоб не померти від холоду. Заснула до весни (діти сідають навприсядки, обнімаючи руками плечі, прижимає голову).

2. Сонечко стало пригрівати сильніше. Промінчики сонця помалу пробуджують квітку. Вона повільно росте, пробираючись крізь сніг (діти повільно при піднімаються і встають).

3. Довкола лежить сніг. Ніжне сонечко так далеко, а квіточці дуже хочеться відчути тепло (діти тягнуть руки догори, напружуючи пальці, піднімаючись на носки).

4. Але ось підсніжник виріс, змужнів (діти опускаються на ступні). Листки стали розкриватися, насолоджуючись весняним теплом. Квітка радується, гордиться своєю красою (діти повільно опускають руки, плечі, посміхаються). «Це я – перша весняна квітка і звати мене підсніжник», - киває він всім головою.

5. Проте весняна погода капризна. Подув вітер, і став підсніжник розгойдуватися в різні сторони (діти розгойдуються). Квіточка схилялася все нижче і нижче і взагалі лягла на землю (діти лягають на килим).

6. Побігли струмочки, вода підхопила і понесла підсніжник в довгу казкову подорож. Він пливе та дивується чудовим весняним перетворенням. Коли квітка наподорожується, вона припливе в казкову країну (діти піднімаються і розповідають, що бачили, чому раділи).

«Взірець для дітлахів»

Мета: розвиток вольової уваги.

Діти стоять в колі. Під хороводну пісню діти по черзі роблять наступні рухи: одна присідає і встає, інша плескає в долоні, третя присідає і встає і т.д.

«Прапорець»

Гравці ходять по залу під пісню. Коли ведучий підніме прапорець вгору, всі діти повинні зупинитися, хоча музика продовжує звучати.

«Голка з ниткою»

Діти стають один за одним. Перша дитина-голка. Вона бігає, змінюючи напрямок. Решта біжать за нею, намагаючись не відставати. Гру музика.

«Бурулька»

У нас під дахом

Білий цвях висить,

Сонце зійде,

Цвях впаде.

Перший і другий рядок: руки над головою. Третій і четвертий рядки: опустити розслаблені руки і присісти.

«Шалтай-болтай»

Шалтай-болтай

Сидів на стіні.

Шалтай-болтай

Звалився у сні.

Дитина повертає тулуб вправо-вліво, руки вільно бовтаються, як у ганчір'яної ляльки. На слова «звалився у сні» різко нахилити корпус тіла вниз.

«Ведмежата в барлозі»

Осінь. Рано темніє. Ведмежата сидять на лісовій галявинці і дивляться вслід мамі-ведмедиці. Вона пішла стелити їм ліжечка в барлозі. Ведмежатам хочеться спати. Вони по одному йдуть додому, точно дотримуючись сліду ведмедиці. Ведмежата забираються в свої ліжечка і чекають, коли мама-ведмедиця пограє з ними перед сном. Ведмедиця перераховує ведмежат. Все на місці, можна розпочинати гру.

1. Гра з шишками (на напругу і розслаблення м'язів рук).

Мама-ведмедиця кидає ведмежатам шишки. Вони ловлять їх і з силою стискають в лапках. Шишки розламуються на дрібні шматочки. Ведмежата відкидають їх в сторони і роняють лапки уздовж тіла - лапки відпочивають. Мама знову кидає шишки ведмежатам. Повторити гру 2-3 рази.

2. Гра з бджілкою (на напругу і розслаблення м'язів ніг).

Ведмедиця кличе золоту бджілку пограти з ведмежатами. Діти піднімають коліна, роблячи будиночки. Бджілка пролітає під колінами. Мама-ведмедиця говорить: «Летить!», І ведмежата дружно розпрямляють свої ніжки. Повторити гру 2-3 рази.

3. Гра «Холодно - жарко» (на напругу і розслаблення м'язів тулуба).

Мама-ведмедиця пішла. Подув холодний північний вітер і пробрався крізь щілинки в барліг. Ведмежата замерзли. Вони стиснулися в маленькі клубочки - гріються. Стало жарко. Ведмежата розгорнулися. Знову повіяв північний вітер.

Повторити гру 2 - 3 рази.

4. Гра з шарфиком (на розслаблення м'язів шиї).

Прийшла мама і роздала ведмежатам шарфики, щоб вони більше не мерзли. Напівсонні ведмежата, не відкриваючи очей, пов'язали шарфики на

свої шийки. Покрутили ведмежата головою з боку в бік: добре, тепло шейкам.

5. Бджілка заважає спати (гра лицьових мускулів).

У барліг знову прилетіла бджілка. Вирішила вона сісти комусь на язичок, але ведмежата швидко стиснули зуби, зробили губи трубочкою і стали крутити ними в різні боки. Бджілка образилася і полетіла. Ведмежата знову злегка розкрили рот, язик відпочиває. Прийшла мама-ведмедиця і запалила світло. Від яскравого світла ведмежата міцно зажмурилися і зморщили носа. Мама бачить: все гаразд; погасила світло. Ведмежата перестали мружитися і морщити ніс. Знову прилетіла бджілка. Ведмежата не стали її проганяти, а покатали її у себе на лобі, рухаючи брови вгору-вниз. Бджілка подякувала ведмежат за задоволення і полетіла спати.

6. Відпочинок. Мама-ведмедиця заспівала ведмежатам колискову («Коліскова ведмежаті»), а ведмежата, влаштувавшись зручніше, стали дрімати. Ведмедиця пішла в ліс. (Пауза.) Ведмедиця повернулася і стала розповідати ведмежатам, що їм сниться. Всім ведмежатам снився один і той самий сон: ніби вони сидять в кущах і дивляться на граючих дітей. (Пауза.)

Ведмедиця каже ведмежатам, що зараз вони почують прекрасну музику, і, звертаючись до кожного ведмежаті окремо, розповідає, якими вони будуть хорошими, коли прокинуться. Потім вона попереджає ведмежат, що скоро ранок і, як тільки заспіває жайворонок, вони прокинуться. (Пауза.) Співає жайворонок («Пісня жайворонка»). Діти швидко й енергійно або, якщо того вимагає подальша діяльність дітей, спокійно і повільно встають. З подивом і цікавістю діти-ведмежата визирають з барлогу: лягли спати восени, а зараз весна. Всю зиму, виявляється, проспали ведмежата у барлозі.

Ведучий пропонує ведмежатам знову перетворитися на дітей. Психом'язове тренування закінчено.

Варіант відпочинку. Ведучий пропонує дітям зручно влаштуватися, розслабитися і слухати з закритими очима ласкаву музику. Із закінченням музики діти відкривають очі і тихо встають.

«Квітка»

Теплий промінь впав на землю і зігрів в землі насініну. З насініни проклюнувся паросток. З паростка виросла прекрасна квітка. Ніжитья квітка на сонці, підставляє теплу і світлу кожен свій пелюсток, повертаючи свою голівку слідом за сонцем.

Виразні рухи. Сісти навпочіпки, голову і руки опустити; піднімається голова, розпрямляється корпус, руки піднімаються в сторони - квітка розцвіла; голова злегка відкидається назад, повільно повертається слідом за сонцем. Міміка. Очі напівзакриті: посмішка, м'язи обличчя розслаблені.

«Ласка»

Хлопчик з посмішкою гладить і притискає до себе пухнастого кошения. Кошеня прикриває очі від задоволення, муркоче і висловлює симпатію до свого господаря тим, що третяся головою об його руки. Звучить музика.

«Смачні цукерки»

У дівчинки в руках уявний кульок (коробка) з цукерками. Вона простягає його по черзі дітям. Вони беруть по одній цукерці і дякують дівчинці, потім розгортають папірці і беруть цукерки в рот. За дитячим обличчями видно, що частування смачне.

Етюд супроводжується музикою. Міміка: жувальні рухи, посмішка.

«Ведмежата одужали»

Захворіли ведмежата Тім і Том. До них прийшов лікар. Вінвилікував ведмежат. І стало дуже добре. Не болять більше животи у Тіма і Тома.

Виразні рухи: положення сидячи, ноги розставлені, тіло відхилено назад, підборіддя підняте, посмішка.

Релаксаційні вправи**«Лимон»**

Опустити руки вниз і уявити собі, що в правій руці знаходиться лимон, з якого потрібно вичавити сік. Повільно стискати якомога сильніше праву руку в кулак. Відчути, як напружена права рука. Потім кинути "лимон" і розслабити руку:

Я візьму в долоню лимон. Відчуваю, що круглий він. Я його злегка стискаю - сік лимонний вичавлю. Все в порядку, сік готовий. Я лимон кидаю, руку розслабляю. Виконати цю ж вправу лівою рукою.

«Уповільнений рух»

Діти сідають ближче до краю стільця, спираються об спинку, руки вільно кладуть на коліна, ноги злегка розставляють, закривають очі і спокійно сидять деякий час, слухаючи повільну, неголосну музику.

«Слон»

Поставити рівно ноги, потім представити себе слоном. Повільно перенести масу тіла на одну ногу, а іншу високо підняти і з «гуркотом» опустити на підлогу. Ходьба по кімнаті, по черзі піднімаючи кожену ногу і опускаючи її з ударом стопи об підлогу. Вимовляти на видиху "Ух!".

«Коники»

Замелькали наші ніжки,
Ми поскачем по доріжці.
Але уважніше будьте,
Що вам робити, не забудьте!

«Тиша»

Тихіше, тихіше, тиша
Розмовляти можна!
Ми втомилися - треба спати -
Ляжемо тихо на ліжко
І тихенько будемо спати.

«Повітряні кульки»

Уявіть собі, що всі ви - повітряні кульки, дуже красиві і веселі. Вас надувають і ви стаєте все легше і легше. Все ваше тіло стає легким, невагомим. І ручки легкі, і ніжки стали легкі, легкі. Повітряні кулька піднімаються все вище і вище. Дме теплий лагідний вітерець, він ніжно обдуває кожену кульку... (пауза - погладжування дітей). Обдуває кулька..., пестить кулька... Вам легко, спокійно. Ви летите туди, куди дме лагідний

вітерець. Але ось прийшла пора повертатися додому. Ви знову в цій кімнаті. Потягніться і на рахунок «три» відкрийте очі. Посміхніться своїй кульці.

«Хмари»

Уявіть собі теплий літній вечір. Ви лежите на траві і дивіться на пропливаючі в небі хмари - такі білі, великі, пухнасті хмари в блакитному небі. Навколо все тихо і спокійно, вам тепло і затишно. З кожним подихом і видихом ви починаєте повільно і плавно підніматися в повітря, все вище і вище, до самих хмар. Ваші ручки легкі, легкі, ваші ніжки легкі. Все ваше тіло стає легким, як хмаринка. От ви підпливаєте до найбільшої і пухнастої, до найкрасивішої хмари на небі. Ближче і ближче. І от ви вже лежите на цій хмарі, відчуваєте, як вона ніжно гладить вас, ця пухнаста і ніжна хмара... (пауза - погладжування дітей). Вам добре і приємно. Ви розслаблені і спокійні. Але ось хмарка опустило вас на галявинку. Посміхніться своїй хмаринці. Потягніться і на рахунок «три» відкрийте очі. Ви добре відпочили на хмарці.

«Ледарі»

Сьогодні мої діти багато займалися, грали і напевно втомилися. Я пропоную вам трохи полінуватися. Уявіть собі, що ви - ледарі і вивалюєтесь на м'якому, м'якому килимі. Навколо тихо і спокійно, ви дихаєте легко і вільно. Відчуття приємного спокою і відпочинку охоплює все ваше тіло. Ви спокійно відпочиваєте, ви лінуєтесь. Відпочивають ваші руки, відпочивають ваші ноги... (пауза - погладжування дітей). Відпочивають ручки, відпочивають ніжки. Приємне тепло охоплює все ваше тіло, вам ліньки ворухитися, вам приємно. Ваше дихання абсолютно спокійне. Ваші руки, ноги, все тіло розслаблене. Ви відпочиваєте, ви лінуєтесь. Ви насолоджуєтесь повним спокоєм та відпочинком, який приносить вам сили і гарний настрій. Потягніться, скиньте з себе лінь і на рахунок «три» відкрийте очі. Ви відчуваєте себе добре відпочивши, у вас бадьорий настрій.

«Спляче кошеня»

Уявіть собі, що ви веселі, пустотливі кошенята. Кошенята ходять, вигинають спинку, махають хвостиком. Але от кошенята втомилися... почали позіхати, лягають на килимок і засинають. У кошенят рівномірно піднімаються й опускаються животики, вони спокійно дихають (повторити 2-3 рази).

«Шишки»

Уявіть собі, що ви - ведмежата і з вами грає мама - ведмедиця. Вона кидає вам шишки. Ви їх ловите і з силою стискаєте в лапах. Але ось ведмежата втомилися і роняють свої лапки уздовж тіла - лапки відпочивають. А мама - ведмедиця знову кидає шишки ведмежатам ... (повторити 2-3 рази).

«Холодно – жарко»

Уявіть собі, що ви граєте на сонячній галявині. Раптом подув холодний вітер. Вам стало холодно, ви замерзли, обхопили себе руками, голову притиснули до рук - грієтеся. Зігрілися, розслабилися ... Але ось знову подув холодний вітер... (повторити 2-3 рази).

«Сонячний зайчик»

Уявіть собі, що сонячний зайчик заглянув вам в очі. Закрийте їх. Він побіг далі по обличчю. Ніжно погладьте його долонями: на лобі, на носі, на ротику, на щічках, на підборідді. Погладжуйте акуратно, щоб не злякати, голову, шию, животик, руки, ноги. Він забрався за комір - погладьте його і там. Він не бешкетник - він ловить і пестить вас, а ви погладьте його і подружитесь з ним (повторити 2-3 рази).

«Бджілка»

Уявіть собі теплий, літній день. Підставте сонечку ваше обличчя, підборіддя теж загоряє (розтиснути губи і зуби на вдиху). Летить бджілка, збирається сісти комусь на мову. Міцно закрийте рот (затримка дихання). Проганяючи бджілку можна енергійно рухати губами. Бджілка полетіла. Злегка відкрити рот, полегшено видихнути повітря (повторити 2-3 рази).

«Метелик»

Уявіть собі теплий, літній день. Ваше обличчя загоряє, носик теж загоряє - підставте ніс сонця, рот напіввідкритий. Летить метелик, вибирає, на чий ніс сісти. Зморщити ніс, підняти верхню губу догори, рот залишити напіввідкритим (затримка дихання). Проганяючи метелика можна енергійно рухати носом. Метелик полетів. Розслабити м'язи губ і носа (на видиху) (повторити 2-3 рази).

«Літній день»

Діти лягають на спину, розслабляючи всі м'язи і закривають очі. Проходить релаксація під звучання спокійної музики:

Я на сонечку лежу,
Але сонця я не бачу.
Очки закриваємо,
оченята відпочивають.
Сонце гладить наші обличчя,
Нехай нам сон хороший сниться.
Раптом ми чуємо:
бом-бом-бом!
Прогулятися вийшов грім.
Гримить грім, як барабан.

«Пташки»

Діти уявляють, що вони маленькі пташки. Літають по запашному літньому лісі, вдихають його аромати і милуються його красою. Ось вони присіли на красиву квітку і вдихнули її легкий аромат, а тепер полетіли до найвищої липи, сіли на її верхівку і відчули солодкий запах квітучого дерева. А ось подув теплий літній вітерець, і пташки разом з його поривом понеслися до лісового струмочку. Сівши на краю струмочка, вони почистили дзьоби свої пір'їнки, попили чистої, прохолодної водиці, поплескались і знову піднялися вгору. А тепер приземлилися в затишні гніздечка на лісовій галявині.

Тренінг «Правила взаємодії з гіперактивними дітьми»

Робота з батьками, вихователями, психологами розпочиналася з привітання з метою налаштування групи на робочу атмосферу. На цьому етапі використовувалися різноманітні вправи («Побажання», «Танцювальне привітання», «Карусель», «Гра в м'яч»).

Під час міні-лекції «Що таке гіперактивність» батькам пояснювали, що це за порушення, які можливі його причини, зовнішні прояви тощо.

Для виконання вправи «Портрет гіперактивної дитини» основна група учасників тренінгу була розподілена на підгрупи (4-5 осіб). Їм пропонувалися картки з написаними особливостями гіперактивної, імпульсивної, тривожної, агресивної, замкнутої дитини. Учасники спільно обрали якості, що властиві дитині з синдромом гіперактивності. У результаті утворювався орієнтовний портрет гіперактивної дитини.

Наступний етап роботи - проведення гри «Давайте привітаємося», метою якої було налагодження тактильного контакту. Таким чином створювалася ситуація щирості, взаєморозуміння та взаємоповаги.

Проведення міні-лекції «Як виявити гіперактивну дитину» мало на меті ознайомити батьків, вихователів, психологів з критеріями, що існують для визначення дітей з синдромом гіперактивності. Для цього було продемонстровано критерії МКБ-10 та DSM-IV, оформлені у вигляді тестів-опитувальників.

Далі проводилася гра «Сто м'ячів», що сприяла розвитку навичок розподілу уваги, вміння встановлювати контакт з оточуючими серед дорослих. Вона проводилася як на вербальному, так і на невербальному рівнях.

Міні-лекція «Як допомогти гіперактивній дитині» знайомила учасників з основними способами та методами роботи з такими дітьми, системою

заохочення та покарання, що буде сприяти налагодженню контакту з дитиною та корекції її стану в домашніх умовах та дошкільному закладі.

Вправа «Інструкція» включена в тренінг «Правила взаємодії з гіперактивними дітьми». Лише після того, як батьки на власному досвіді навчаться будувати такі стосунки між собою, вони зможуть перенести це в свою родину.

Міні-лекція «Як грати з гіперактивними дітьми» спрямована на те, щоб розширити знання учасників тренінгу про можливі способи взаємодії з дітьми з синдромом гіперактивності. Слухачам пропонувалася ряд ігор, що можуть бути використані в роботі з гіперактивними дітьми.

Вправа «Заповни таблицю» дозволяла актуалізувати знання учасників тренінгу, отримані на попередніх етапах роботи. Пропонувалася таблиця, яка містила назви дефіцитарних функцій, а також їх поєднання. Батьки мали заповнити таблицю іграми, які застосовуються на тренування цих функцій.

Гра «Маленька тваринка» дає можливість дорослим відчувати, як за допомогою ігрових прийомів можна здійснювати м'язовий контроль.

В структуру тренінгу було включено міні-лекцію «Як працювати з батьками гіперактивної дитини», адже всі учасники цього процесу повинні прагнути встановити контакт і довірливі стосунки задля спільної ефективної співпраці.

На лекції «Ігри для батьків з дітьми» батькам пояснювалося, що діти з синдромом гіперактивності часто непосидючі, тому корисно навчити дітей спеціальним іграм, щоб спрямувати їх активність у потрібне русло. До виконання вправ залучалися діти з синдромом гіперактивності.

Найпростішим способом допомоги у вирішенні питань батьків, вихователів була організація психологічного практикуму у формі «питання-відповідь». Окрім цієї форми роботи, нами був розроблений стенд, що постійно перебував у полі зору учасників тренінгу протягом усіх занять. На ньому учасники могли записувати найактуальніші для себе питання.

У кінці кожного дня ми аналізували зібраний матеріал, виносили на групове обговорення проблеми, які привертали увагу найбільшій кількості колег, або ті, які учасники семінару не змогли вирішити. Не менше 15 хвилин кожної зустрічі заняття відводиться для проведення такого практикуму.