

СЕКЦІЯ 2. ПЕДАГОГІЧНА ТА ВІКОВА ПСИХОЛОГІЯ

УДК 159.922.76:616.89

DOI <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2021-2-8>**ОСОБЛИВОСТІ ВПРОВАДЖЕННЯ ІНДИВІДУАЛЬНОЇ
КОМПЛЕКСНОЇ КОРЕКЦІЙНОЇ ПРОГРАМИ ПРИ ПСИХОЛОГІЧНОМУ
СУПРОВОДІ ДІТЕЙ ЗІ СДУГ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ****Князєв Владислав Михайлович,**
аспірант кафедри психології*Інститут підготовки кадрів державної служби зайнятості України*

knyazev.psy@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-9599-7429>

У дослідженні взяли участь 67 дітей віком від 6-ти до 8-ми років (середній вік становив 6,7 років) з діагнозом СДУГ, установленим лікарем-психоневрологом. Серед респондентів було 64 хлопчики та 3 дівчинки. Усі діти відвідували заклади загальної середньої освіти або проходили навчання вдома.

Мета. Теоретичний аналіз існуючих методів корекції та формування основних принципів впровадження індивідуальної програми психологічної корекції для дітей зі СДУГ дошкільного та молодшого шкільного віку; експериментальне вивчення ступеня ефективності індивідуальної програми психологічної корекції в роботі зі СДУГ у дітей старшого дошкільного та молодшого шкільного віку.

Методи. Теоретичний аналіз особливостей впровадження індивідуальних корекційних програм у роботі з дітьми дошкільного та молодшого шкільного віку, що мають симптоматику СДУГ; діагностичний опитувальник Вандербільта; методи нейропсихологічної діагностики; методи математичної статистики для пов'язаних вибірок.

Результати. Результати попереднього обстеження дозволили поділити дітей на 4 підгрупи. Для кожної підгрупи було вибрано свій комплекс стратегій та корекційних вправ, що базувалися на вибраному попередньо алгоритмі корекції та загальних принципах організації корекційної роботи. Під час розроблення корекційної програми було зроблено акцент на індивідуальному форматі роботи спеціаліста. Це пов'язано, з одного боку, зі складнощами роботи в групах, яка не завжди є доступною для дітей зі СДУГ та їхнього соціального оточення, а з іншого – зі складнощами організації такої роботи в умовах пандемії COVID-19 чи можливих погіршень епідеміологічної ситуації в нашій країні у майбутньому.

В організації корекції було враховано індивідуальні особливості дітей. Окрім індивідуальної роботи з дітьми, проводилася робота з їхнім соціальним оточенням. Остання включала психоедукацію, надання рекомендацій щодо стратегій та методів стабілізації стану дитини, долучення батьків до процесу виконання корекційних вправ у кабінеті психолога.

Після проходження дітьми курсу корекції було проведено повторне обстеження. Дані, отримані за його результатами, вказують на позитивні зміни у психологічному стані дітей в усіх 4-х підгрупах. Окрім зменшення інтенсивності патологічних проявів, характерних для СДУГ, в окремих дітей було виявлено підвищення працездатності, мотивації до виконання завдань, критичності.

Висновки. Результати дослідження дозволяють говорити про ефективність індивідуалізованого підходу до корекції СДУГ. Такий підхід сприяє мінімізації патологічних проявів у дітей, що у свою чергу дозволяє їм ефективно опановувати нові види діяльності. Останнє в перспективі буде призводити до подальшої корекції симптомів СДУГ.

Ключові слова: гіперактивність, дефіцит уваги, імпульсивність, синдром дефіциту уваги та гіперактивності (СДУГ), поведінка, діти дошкільного віку, діти молодшого шкільного віку, психологічний супровід, алгоритми психокорекції СДУГ.



PECULIARITIES OF IMPLEMENTATION OF INDIVIDUAL COMPLEX CORRECTIONAL PROGRAM WITH PSYCHOLOGICAL ACCOMPANYING OF CHILDREN FROM JUNIOR SCHOOL AGE

Kniaziev Vladyslav Mykhailovych,

Postgraduate Student at the Department of Psychology

Institute of Personnel Training of the State Employment Service of Ukraine

knyazev.psy@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-9599-7429>

The study involved 67 aged 6 to 8 years (mean age 6.7 years) with a diagnosis of ADHD, diagnosed by a psychoneurologist. Among the respondents there were 64 boys and 3 girls. All children attended general secondary education or studied at home.

Purpose. Preliminary theoretical analysis of the basic methods of correction and the formulation of the basic principles of the implementation of individual programs of psychological correction for children from ADHD of preschool and young school age; Experimental development of the level of effectiveness and individual programs of psychological correction in work with ADHD in children of senior preschool and young school age.

Methods. Theoretical analysis of the peculiarities of the implementation of individual correction programs in work with children of preschool and young school age, which have symptomatic of ADHD; diagnostic questionnaire of Vanderbilt; methods of neuropsychological diagnostics; methods of mathematical statistics for related samples.

Results. The results of the preliminary survey allowed dividing the children into 4 subgroups. For each subgroup, a set of strategies and corrective exercises was selected, based on the previously selected correction algorithm and general principles of correctional work. During the development of the correction program, emphasis was placed on the individual format of the specialist's work. This is due, on the one hand, to the difficulties of working in groups, which are not always available for children with ADHD and their social environment, and on the other to the difficulties of organizing such work during the COVID-19 pandemic, or possible deterioration of the epidemiological situation in our country in the future.

When organizing the correction, the individual characteristics of children were taken into account. In addition to individual work with children, work was carried out with their social environment. The latter included psychoeducation, providing recommendations on strategies and methods for stabilizing the child's condition, involving parents in the process of performing corrective exercises in the psychologist's office.

After corrective work, a re-examination was conducted. The data obtained from its results indicate positive changes in the psychological state of children in all 4 subgroups. In addition to reducing the intensity of pathological manifestations characteristic of ADHD, in some children there was an increase in efficiency, motivation to perform tasks, critical thinking.

Conclusions. The results of the study allow us to talk about the effectiveness of an individualized approach to the correction of ADHD. This approach helps to minimize pathological manifestations and children, which, in turn, allows them to effectively master new activities.

Key words: *hyperactivity, attention deficit, impulsivity, attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), behavior, preschool children, primary school children, psychological support, ADHD psychocorrection algorithms.*

Вступ

Відомо, що психологічний розвиток дитини визначає ступінь її успішності в оволодінні широким спектром соціальних та академічних навичок, що у свою чергу знаходить своє відображення в структурі особистості дитини, яка активно формується на ранніх етапах онтогенезу. Синдром дефіциту уваги та гіперактивності (далі – СДУГ), що проявляє себе передусім у вигляді затримки розвитку виконавчих функцій, призводить до виникнення цілого комплексу патологічних проявів, що під час взаємодії із соціальним оточенням дитини формують каскад вторинних і третинних порушень, які пізніше фіксуються у вигляді ригідних структур у психіці дитини.

За існуючими даними на 2007 рік СДУГ було виявлено у від 4 до 12% дітей в усьому світі (Polanczyk, de Lima, Horta, Biederman, Rohde, 2007). При цьому явною є тенденція до зростання кількості дітей з подібними вадами. СДУГ є однією з найбільш поширених проблем дитячого розвитку і, безсумнівно, потребує комплексного та міждисциплінарного підходу в проведенні корекційних заходів. Найбільший акцент при цьому робиться на методах психологічного супроводу. Однак аналіз різноманітних літературних джерел показує, що досі не було сформовано єдиного підходу до психологічного супроводу дітей зі СДУГ, в особливості це відноситься до організації психологічного супроводу дітей дошкільного віку.

1. Теоретичне обґрунтування проблеми

У сучасних програмах комплексного супроводу дітей зі СДУГ особливий акцент зроблено на немедикаментозних методах впливу, до яких можна віднести: виконання комплексів фізичних вправ, структурування середовища, методи когнітивно-поведінкової терапії тощо. Саме немедикаментозні методи корекції рекомендовані як найбільш бажані для дітей дошкільного віку (Fiks, et al, 2016). На даний момент можна виділити такі немедикаментозні методи корекції, що застосовуються в роботі зі СДУГ та демонструють значну ефективність:

– *Методи сенсомоторної корекції* – спрямовані на формування сенсомоторного та енергетичного фундаменту дитини, корекцію патологічних тілесних проявів. Сенсомоторна корекція може включати в себе елементи дитяче-батьківського тренінгу (Седова, Горячева, 2013) або доповнюватися прийомами аутогенного тренування та релаксації, яким навчають дитину (Бублай-Єланкіна, 2016). Одним із найпопулярніших підходів, орієнтованих на роботу з тілесною сферою дитини, в нашій країні слід вважати метод замісного онтогенезу (МЗО) А.В. Семенович (2015). Даний метод інтегрує в себе елементи ЛФК, тілесно-орієнтованої психотерапії, елементи східних практик та пропонує єдиний алгоритм корекційно-розвивальної роботи. Значну практичну цінність має метод сенсорної інтеграції Дж. Айріс (Банди, Лейн, Мюррей, 2017), в якому основний акцент зроблено на роботі з базовими сенсорними системами дитини. Особливу увагу при цьому приділено роботі з пропріоцептивною, тактильною і вестибулярною системами як базовими в загальному розвитку дитини;

– *Методи розвитку когнітивних функцій* – спрямовані на розвиток пізнавальної сфери дитини, виконавчих функцій. До цієї групи слід віднести комплекси ігор та вправ, що спрямовані на розвиток різноманітних аспектів уваги, здатності до регуляції власної поведінки, планування та контролю діяльності (Ахутіна, Пылаева, 2008). Окрім того, проводиться робота над розвитком зорового, аудіального та тактильно-кінестетичного сприйняття, просторових уявлень, асоціативних процесів. Сюди можна віднести й тренінг уваги та усвідомленості, який включає в себе елементи медитативних практик (Schmiedeler, 2015);

– *Методи соціально-поведінкового тренінгу* – соціально-поведінковий тренінг демонструє високу ефективність під час роботи з навиками соціальної взаємодії, емоційного та поведінкового контролю. Значний акцент під час застосування методів даної групи зроблено на роботі із соціальним оточенням

дитини (Gardner, Gerdes, Weinberger, 2015): психоедукації, тренінгу взаємодії з дитиною, формуванню навичок корекції небажаної поведінки. Дружні та гармонійні стосунки з оточуючими розглядаються представниками цього підходу як основа поведінкової стабільності дитини. Безпосередня робота з дитиною насамперед спрямована на формування в неї навичок соціальної взаємодії;

– *Когнітивно-поведінковий тренінг сну* – метод передбачає надання інформації відносно гігієни сну, тренінг батьків з підтримання режиму сну дитини (Hiscock, et al. 2015). Метод продемонстрував ефективність відносно покращення сну та емоційного стану дітей зі СДУГ.

У статі не надано опису апаратних методів корекції у зв'язку з низькою розповсюдженістю та відсутністю можливості їх системного використання фахівцями в нашій країні. Такі методи можуть використовуватися під час роботи з дітьми, що мають діагноз СДУГ, однак за умови попереднього медичного обстеження, з урахуванням віку та індивідуально-особистісних особливостей дитини.

Проаналізувавши літературу, можна зробити висновок, що комплекс заходів, стратегій та окремих методів, що пропонуються для корекції дефіциту уваги, імпульсивності та гіперактивності, відрізняється, демонструючи в різних випадках неоднаковий рівень ефективності. З високою ймовірністю це може бути пов'язано з неоднорідністю групи дітей зі СДУГ. На даний момент виділяють три можливі підтипи даного синдрому (DSM-IV-TR; APA, 2000):

1. Неуважний тип;
2. З вираженою гіперактивністю/імпульсивністю;
3. Змішана форма.

Недостатній акцент при цьому робиться на різноплановості проявів СДУГ: особливостях порушення уваги, наявності гіперактивних проявів та їхніх якісних особливостях, наявності/відсутності інших патологічних проявів. Дещо глибше зрозуміти особливості патологічних проявів можуть допомогти співвіднесення особливостей психічного розвитку дитини, її нейропсихологічного профілю і нейрофізіологічних механізмів СДУГ (Пальчик, 2013, Cherkasova et al., 2013, Healey, Rucklidge, 2006). Такий порівняльний аналіз дозволяє краще зрозуміти причини високої коморбідності СДУГ: наявність мовленнєвих дефіцитів, затримки в розвитку моторної функції, високий рівень сенситивності, наявність тривожних розладів. Окрім того, емпіричний аналіз результатів корекції дітей з дефіцитом уваги та гіперактивності показує, що зазвичай відбувається зменшення інтенсивності патологічних проявів, але не повне



їх зникнення. Покращення розуміння тих чинників, що не тільки призводять до виникнення, але й підтримують та посилюють симптоми СДУГ, а також до неможливості повного усунення симптомів, дозволяє нам сформулювати такі основні вимоги до програми психологічної корекції дітей з даним розладом:

- Орієнтація на причину виникнення;
- Гнучкість;
- Комплексність;
- Прогнозованість результатів;
- Орієнтація на формування практичних соціально-побутових та академічних навичок.

Окрім того, системність у проведенні корекційно-розвивальних заходів робить необхідним під час розроблення корекційної програми робити акцент на індивідуальному форматі роботи спеціаліста. Останнє пов'язано, з одного боку, зі складнощами роботи в групах, яка не завжди є доступною для дітей зі СДУГ та їхнього соціального оточення, а з іншого – зі складнощами організації такої роботи в період пандемії COVID-19 чи в умовах можливих погіршень епідеміологічної ситуації в нашій країні в майбутньому. При цьому робота в групах має проводитися як ефективний, але додатковий метод корекційного впливу.

Все вищезначене робить актуальним теоретико-практичне завдання з розроблення та апробації єдиної комплексної програми психологічної корекції для дітей зі СДУГ у нашій країні.

2. Методологія та методи

У дослідженні взяло участь 67 дітей віком від 6-ти до 8-ми років (середній вік становив 6,7 років) з діагнозом СДУГ, установленим лікарем-психоневрологом. Серед респондентів було 64 хлопчики та 3 дівчинки. Усі діти відвідували заклади загальної середньої освіти або проходили навчання вдома. Ніхто з дітей не відвідував навчальні заклади у форматі інклюзії (з оформленням відповідних документів), але батьки регулярно зверталися за психологічною допомогою у зв'язку з поведінковими, соціальними та академічними труднощами, які виникали в дітей.

Для дослідження особливостей прояву СДУГ у дітей було вибрано варіант діагностичного опитувальника Вандербільта для заповнення батьками. Окрім того, з усіма дітьми було проведено нейропсихологічне обстеження, яке дозволило виявити якісні особливості патологічних проявів у дітей.

В усіх випадках діти пройшли курс корекційних занять середньою тривалістю 3 місяці. Заняття проводилися 2 рази на тиждень. Обстеження проводилося на початку та після курсу корекції.

Під час заповнення опитувальника Вандербільта батькам пропонувалося відповісти

на 50 питань, відповідь на питання проводилася у вигляді балової оцінки від 0 до 3, де 0 – це ніколи не спостерігається, а 3 – спостерігається дуже часто. У останньому блоці (41–50) відповідь на питання передбачала виставлення оцінки від 1 до 5 балів. Усі питання в опитувальнику поділені на блоки та відносяться до однієї із семи субшкал:

1. Субшкала дефіциту уваги
2. Субшкала гіперактивності
3. Субшкала імпульсивності
4. Субшкала реакцій опозиції (протесту)
5. Субшкала інших поведінкових проявів
6. Субшкала тривожно-депресивної симптоматики

7. Субшкала соціальної адаптації.

Відповіді за питаннями для перших 4-х субшкал порівнювалися із середніми значеннями. При цьому бали, що було отримано за субшкалою гіперактивності та субшкалою імпульсивності, склалися разом.

Аналіз даних, отриманих за результатами заповнення батьками опитувальника Вандербільта, дозволив поділити дітей на 4 підгрупи (Таблиця 1) відповідно до найбільш інтенсивної групи симптомів. До першої підгрупи ввійшли діти переважно з гіперактивністю, до другої – переважно з дефіцитом уваги, до третьої підгрупи ввійшли діти з комбінованою симптоматикою, до четвертої групи було віднесено дітей, які, незважаючи на діагноз, не продемонстрували явних ознак дефіциту уваги, гіперактивності, імпульсивності, але отримали високі бали за субшкалою соціальної адаптації.

Аналіз результатів виконання нейропсихологічних тестових проб дозволив виявити у 52-х дітей ознаки підвищеної втомлюваності, зниження здатності до перемикавання уваги – у 28-ми дітей. У 21-му випадку симптоми СДУГ проявляли себе тільки на фоні втомлюваності. У 14-ти дітей спостерігалися складнощі з критичною оцінкою результатів виконання тестових завдань. У 19-ти випадках мотивація до виконання завдань була значно знижена.

На базі отриманих даних для кожної з підгруп було сформовано програму корекції. Окрім базових принципів корекційної роботи з дітьми (Микадзе, 2013), впровадження ефективної корекційної програми має базуватися й на низці додаткових принципів.

1. Принцип пластичності.

Вивчення літератури дає можливість говорити, з одного боку, про наявність різних шляхів корекції СДУГ, з іншого – про недостатню дієвість тих чи інших стратегій та методів у окремих випадках. Це повною мірою відповідає концепції аллостазу (Ramsay, Woods, 2014), яка вказує на наявність різних шляхів підтримки оптимальних функціональних

Таблиця 1

Результати, отримані за опитувальником Вандербільта

Назва підгрупи	Кількість дітей	Субшкали (середні значення)					
		1	2+3	4	5	6	7
З гіперактивністю	20	8,5	13,3	4,15	0,55	3,9	25
З дефіцитом уваги	18	15,2	6,8	4,55	1,1	3,2	32
Змішана форма	17	15,2	15,7	6	2,3	2,5	26,6
З проблемами соціальної адаптації	12	4,5	3,4	3,5	0,5	1,3	34,1

станів у організму. Стосовно корекційного процесу це вказує на можливість використання різних шляхів стабілізації стану дитини з урахуванням індивідуальних особливостей функціонального розвитку дитини, її психологічного профілю. Основою для запровадження такого підходу в корекції дітей зі СДУГ має стати єдина модель функціонального розвитку дитини (Кнуязев, 2020).

2. Принцип вибірковості.

Напрями корекційного втручання та його цілі мають базуватися на результатах попереднього психологічного обстеження і вибиратися індивідуально на кожному з етапів корекції, виходячи з особливостей функціонального розвитку дитини, соціальної ситуації розвитку.

3. Принцип екологічної валідності процесу корекції.

Результати корекції мають призводити до елімінації академічних та соціально-побутових труднощів та підвищення ступеню ефективності дитини в процесі реалізації актуальних видів діяльності шляхом стабілізації її психологічного стану.

4. Принцип комплексності.

Корекція має проводитися на різних рівнях організації індивідуальності.

5. Принцип алгоритмізованості корекції.

Процес корекції має реалізуватися на базі заздалегідь визначеного алгоритму.

Базовими алгоритмами впровадження корекційної програми було вибрано алгоритм, запропонований Н.Ю. Максимовою, К.Л. Милютіною, В.М. Піскун (1999), та алгоритм, запропонований Ж.М. Глозман (2014), які були об'єднано та модифіковано відповідно до сучасних поглядів на процес психологічної корекції. Отриманий алгоритм включає такі кроки, як:

- 1) аналіз запиту та формулювання проблеми;
- 2) психологічне обстеження;
- 3) визначення структури порушень;
- 4) виявлення відповідальної особи та розподіл обов'язків між батьками дитини;
- 5) формування установки на позитивні зміни в соціальному оточенні дитини (праймінг) та укладання корекційного контакту;

6) формування та впровадження програми корекції;

7) перевірка ефективності втручання.

Впровадження корекційної програми проходило в декілька кроків:

1) Встановлення контакту з дитиною; знайомство дитини з процесом корекції та робочим простором; консультування батьків відносно роботи з кризовими ситуаціями та факторами ризику.

2) Виконання комплексів корекційних вправ з урахуванням індивідуальної динаміки дитини, зони актуального та найближчого розвитку; впровадження системи відкритих занять; моніторинг та корекція особливостей взаємодії батьків і дитини.

3) Закріплення результатів корекції через повне або часткове делегування обов'язків з контролю над виконанням комплексів корекційних вправ дитиною; підготовка комплексів вправ для подальшого самостійного виконання дитиною вдома; консультування батьків відносно напрямів подальшої роботи з дитиною.

Загалом, безпосередня робота з дітьми включала такі компоненти, як:

- підбір стратегій взаємодії та організації процесу корекції;
- підбір стратегій організації часу та простору під час проведення занять;
- формування комплексів корекційних вправ з урахуванням індивідуальних особливостей дитини;
- підбір необхідних матеріалів та інструментарію.

У роботі з дітьми використовувалися комплекси сенсомоторних вправ з елементами тілесно-орієнтованої терапії, вправи на контроль та регуляцію діяльності, елементи медитативних практик та вправи, спрямовані на розвиток емоційного та соціального сприйняття.

Розподіл навантажень для дітей відрізнявся в залежності від підгрупи, до якої була віднесена дитина, та її індивідуальних особливостей. У роботі з дітьми з дефіцитом уваги основний акцент було зроблено на виконанні сенсомоторних комплексів, елементах медитативних практик та окремих завданнях, спрямованих на покращення здатності до кон-



центрації та перемикання уваги (коректурні проби, робота з числовими послідовностями та ін.).

У другій підгрупі з домінуючою гіперактивністю більший акцент було зроблено на сенсорних та фізичних навантаженнях, рухливих іграх на увагу та (на останніх етапах роботи) вправах, спрямованих на розвиток емоційного та соціального інтелекту з метою формування стратегій самокорекції.

Дітям третьої підгрупи також пропонувалися різноманітні сенсорні та фізичні навантаження, крім того, в роботі з ними використовувалися дихальні вправи та вправи, спрямовані на довільну регуляцію м'язового тону. Крім того, в роботі з дітьми третьої підгрупи було зроблено значний акцент на вправах, спрямованих на розвиток уваги, які переважно виконувалися у статичній формі. На всіх заняттях виконувалися вправи на розвиток емоційного та соціального сприйняття.

У роботі з дітьми четвертої підгрупи більший акцент робився на сенсомоторних комплексах з елементами тілесно-орієнтованої терапії, елементах медитативних практик та вправах на розвиток емоційного сприйняття. До виконання більшості вправ було залучено батьків.

Робота із соціальним оточенням дитини відбувалася в таких напрямках:

- психоедукаційна та консультативна робота з оточенням дитини для покращення розуміння соціальним оточенням дитини причин виникнення патологічних проявів у дитини, їх впливу на поведінку дитини, процесу реалізації різноманітних видів діяльності;

- надання рекомендацій щодо стратегій та методів стабілізації стану та поведінки дитини в соціально-побутових ситуаціях;

- долучення батьків до процесу виконання корекційних вправ у кабінеті психолога за допомогою системи відкритих занять з метою навчання батьків окремим методам корекційної роботи та стратегіям взаємодії з дитиною.

Робота з батьками значною мірою будувалася на системі короткострокових консультацій (10–15 хвилин) та відкритих занять (кожне 3 або 5-те заняття). Усім батькам були запропоновані для заповнення таблиці спостереження з метою аналізу динаміки, що демонструє дитина під час корекції.

3. Результати та дискусії

Після проходження курсу корекції було проведено повторне обстеження. У результаті аналізу повторного заповнення батьками опитувальників Вандербільта було отримано дані, які свідчать про появу позитивних змін у дітей в кожній підгрупі (див. табл. 2).

Повторне обстеження, що проводилося за допомогою тестових нейропсихологічних проб, виявило підвищення у дітей рівню працездатності, здатності до довільної регуляції та планування діяльності. У 15-ти з 19-ти випадків у дітей спостерігалось підвищення мотивації до виконання завдань. У дітей зі зниженою критичністю мінімізувалися складнощі з виявленням власних помилок у тестових завданнях, з'явилося більш критичне ставлення в оцінюванні результатів власної діяльності.

Для аналізу ефективності програми корекції для кожної з підгруп було використано Т-критерій Вілкоксона для пов'язаних вибірок. Результати представлені в таблиці 3.

У кожній з підгруп у дітей після курсу корекції зазначалися позитивні зміни. Найбільш помітні зміни спостерігаються по тим субшкалам, що були провідними для кожної підгрупи

Таблиця 2

Результати повторного заповнення опитувальника Вандербільта

Назва підгрупи	Кількість дітей	Субшкали (середні значення)					
		1	2+3	4	5	6	7
З гіперактивністю	20	7,55	10,8	1,2	0,45	3,4	24,2
З дефіцитом уваги	18	11,8	6,7	4,4	1	3,1	25,4
Змішана форма	17	12,5	12,35	4,9	2,1	2,35	24,8
З проблемами соціальної адаптації	12	3,5	4,1	3,2	0,5	1,3	28,2

Таблиця 3

Ступень ефективності програми корекції для дітей зі СДУГ

Назва підгрупи	Субшкали					
	1	2+3	4	5	6	7
З гіперактивністю	0,010	0,000	0,005	0,157	0,026	0,041
З дефіцитом уваги	0,000	0,157	0,317	0,654	0,317	0,066
Змішана форма	0,000	0,000	0,026	0,317	0,317	0,026
З проблемами соціальної адаптації	1,000	1,000	0,317	1,000	1,000	0,000
	Значущість					

відносно інтенсивності патологічних проявів. У підгрупі дітей з дефіцитом уваги та підгрупі дітей з проблемами соціальної адаптації значущі зміни було виявлено тільки за однією зі субшкал. Це зміна показників за субшкалою дефіциту уваги і субшкалою соціальної адаптації відповідно. Відсутність істотних змін за іншими субшкалами може бути пояснена їхніми базовими низькими показниками. У дітей з підгрупи зі змішаною формою СДУГ значущі зміни спостерігалися за субшкалами дефіциту уваги та імпульсивності/гіперактивності. Окрім того, істотні зміни було виявлено по показниках субшкал реакцій опозиції та соціальної адаптації. У підгрупі дітей з гіперактивністю істотних змін не було виявлено лише в показниках субшкали тривожно-депресивної симптоматики.

У процесі впровадження програми значний акцент було зроблено на розподілі дітей по підгрупах та їхніх індивідуальних особливостях. Різноманітність проявів СДУГ відносно якісних та кількісних аспектів тих чи інших патологічних проявів, висока коморбідність унеможливають застосування єдиного набору методів для кожної з підгруп та дітей, що були до них віднесені.

Додатковий аналіз особливостей психологічного розвитку, нейропсихологічного профілю та нейрофізіологічних гіпотез СДУГ дозволив сформулювати рекомендації щодо роботи з дітьми в кожній підгрупі, значно індивідуалізувати цей процес, вносячи зміни до корекційної програми з опорою на функціональний статус кожної окремої дитини, особливості її психологічного розвитку.

Під час первинного обстеження у 52-х дітей було виявлено значне зниження рівню працездатності, що в процесі виконання тестових завдань призводило до поступового зростання складнощів з утриманням уваги, перемиканням з одного типу діяльності на інший, імпульсивності та рухової занепокоєності. На початку обстеження подібні симптоми не фіксувалися або фіксувалися незначні прояви. Робота з основними симптомами в такому випадку була би значно менш ефективною, якщо би велася без урахування якісних особливостей патологічних проявів у дітей. Розуміння тієї ролі, яку відіграє зниження рівню працездатності у виникненні симптомів СДУГ, дозволило більш ефективно провести роботу з батьками дітей, надати рекомендації щодо організації поведінки дітей вдома, в суспільних місцях.

У роботі з дітьми, в яких спостерігалися складнощі з критичним оцінюванням результатів власної діяльності, було зроблено додатковий акцент на іграх з обміном ролями між дитиною та психологом та вправах на розвиток емоційного сприйняття. Це дозволило дітям більш критично оцінювати власну поведінку, а згодом і результати виконання окремих завдань.

Під час роботи з дітьми, які демонстрували зниження мотивації до виконання завдань, більше часу було приділено формуванню робочого альянсу в парі психолог – дитина, в структуру занять було введено мотиваційні вправи, які перш за все були спрямовані на формування у дитини інтересу та зацікавленості.

Урахування тих особливостей, що були характерні для дітей у кожній з підгруп, та даних об індивідуальних особливостях розвитку кожної дитини дозволило виявити оптимальний набір методів стабілізації процесу розвитку дітей. Такий підхід хоч і не призводить до повного зникнення симптомів СДУГ, але дозволяє значно зменшити ступінь інтенсивності його проявів та підвищити успішність дітей у процесі реалізації різноманітних форм діяльності. Саме в процесі засвоєння нової для дитини діяльності відбувається формування тих чи інших психічних функцій. Таким чином, мінімізація патологічних проявів та підвищення ефективності дитини в будь-якій діяльності в перспективі буде призводити до подальшої корекції СДУГ.

Висновки

Діти зі СДУГ представляють собою не однорідну групу, а спектр порушень, які можуть мати значні якісні та кількісні відмінності. У дослідженні дітей було поділено на 4 підгрупи відповідно до результатів, отриманих за опитувальником Вандербільта. Для кожної підгрупи було вибрано свій комплекс стратегій та корекційних вправ, що найбільшою мірою відповідали особливостям дітей у тій чи іншій підгрупі. Окрім того, враховувалися індивідуальні особливості дітей: рівень працездатності, критичності, мотивація до виконання завдань та ін. Результати дослідження вказують на ефективність вибраних методів корекції для дітей у кожній з підгруп. Це дає можливість стверджувати, що індивідуалізація процесу впровадження корекційної програми представляє собою перспективний напрям у розвитку методів корекційного втручання та супроводу дітей зі СДУГ.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Ахутина Т.В., Пылаева Н.М. Преодоление трудностей учения: нейропсихологический подход. Санкт-Петербург : Питер, 2008. 320 с.
2. Банди А., Лейн Ш., Мюррей Э. Сенсорная интеграция: теория и практика Москва : Теревинф, 2017. 786 с.
3. Березка С.В. Решетняк С.Ю. Особливості психологічного супроводу дошкільників з синдромом дефіциту уваги та гіперактивністю. *«Young Scientist»*. 2018. № 10.1 (62.1). С. 83–86.



4. Бублай-Сланкіна Л. Корекція гіперактивності розумово відсталих дітей шкільного віку засобами ЛФК та аутогенного тренування. *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології*. 2016. № 5 (59). С. 412–418.
5. Комплексная коррекция трудностей обучения в школе / под общей ред. Ж.М. Глоzman, А.Е. Соболевой. Москва : Смысл, 2014. 544 с.
6. Максимова Н.Ю., Милютина Е.Л., Пискун В.М. Основы детской патопсихологии : учебное пособие. Киев : НППЦ Перспектива, 1999. 432 с.
7. Микадзе Ю.В. Нейропсихология детского возраста : учебное пособие. Санкт-Петербург : Питер, 2013. 288 с.
8. Пальчик А.Б. Лекции по неврологии развития. 2-е изд. Москва : МЕДпрессинформ, 2013. 368 с.
9. Седова Е.О., Горячева Т.Г. Применение методики сенсомоторной коррекции в работе с нарушениями формирования саморегуляции у младших школьников. *Электронный журнал «Психологическая наука и образование»*. 2013. № 2. С. 241–254.
10. Семенович А.В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза : учебное пособие. Москва : Генезис, 2015. 474 с.
11. American Psychiatric Association . Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th. Washington, DC, 2000. Author. 886 p.
12. Douglas S. Ramsay, Stephen C. Woods. Clarifying the Roles of Homeostasis and Allostasis in Physiological Regulation. *Psychol Rev*. 2014. P. 225–247.
13. Dione Healey, Julia J. Rucklidge. An Investigation into the Relationship Among ADHD Symptomatology, Creativity, and Neuropsychological Functioning in Children. *A Journal on Normal and Abnormal Development in Childhood and Adolescence*. 2006. Volume 12. P. 421–438.
14. Preschool ADHD diagnosis and stimulant use before and after the 2011 AAP practice guideline. *Pediatrics / A.G. Fiks et al*. 2016. 138 (6): e20162025.
15. Gardner DM, Gerdes AC, Weinberger K. Examination of a parent-assisted, friendship-building program for adolescents with ADHD. *J Atten Disord*. 2015. P. 363–373.
16. Impact of a behavioural sleep intervention on symptoms and sleep in children with attention deficit hyperactivity disorder, and parental mental health: Randomised controlled trial. *BMJ / H. Hiscock et al*. 2015, Article h68.
17. In a randomized case-control trial with 10-years olds suffering from attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) sleep and psychological functioning improved during a 12-week sleep-training program. *World J Biol Psychiatry / Z. Keshavarzi et al*. 2014. P. 609–619.
18. Knyazev V. The Peculiarities Of Mental Development In Preschool Children With Attentive Deficiency Syndrome With Hyperactivity. *Socialization & Human Development. International Scientific Journal*. 2020. Volume 2. № 1. P. 14–24.
19. Developmental Course of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and its Predictors. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry / M. Cherkasova et al*. 2013. P. 47–54.
20. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *The American Journal of Psychiatry / G. Polanczyk et al*. 2007. P. 942–948.
21. Schmiedeler S. Mindfulness based intervention in attention-deficit/hyperactive disorder (ADHD) Z Kinder Jugendpsychiat Psychother. 2015. P. 123–131.

REFERENCES:

1. Ahutina T.V., Pylaeva N.M. (2008). Preodolenie trudnostej uchenija: nejropsihologicheskij podhod [Overcoming Learning Difficulties: A Neuropsychological Approach]. St. Petersburg : Piter [in Russian].
2. Bandi A., Lejn Sh., Mjurrej Je. (2017). Sensornaja integracija: teorija i praktika [Sensory integration: theory and practice]. Moscow : Terevinf [in Russian].
3. Berezka S.V. Reshetniak S.Iu. (2018). Osoblyvosti psykhologichnoho suprovodu doshkilnykiv z syndromom defitsytu uvahy ta hiperaktyvnistiu [Features of psychological support of preschoolers with attention deficit hyperactivity disorder]. *«Young Scientist»*, № 10.1 (62.1) [in Ukrainian].
4. Bublay-Yelankina L. (2016). Korektsiia hiperaktyvnosti rozumovo vidstalykh ditei shkilnoho viku zasobamy LFK ta autahennoho trenuvannia [Correction of hyperactivity of mentally retarded school-age children by means of exercise therapy and autogenic training]. *Pedahohichni nauky: teoriia, istoriia, innovatsiini tekhnolohii – Pedagogical sciences: theory, history, innovative technologies*, № 5 (59) [in Ukrainian].
5. Zh.M. Glozman, A.E. Soboļevoj. (2014) Kompleksnaja korrekciia trudnostej obuchenija v shkole / pod obshhej red [Comprehensive correction of learning difficulties at school]. Moscow : Smysl [in Russian].
6. Maksimova N.Ju., Miljutina E.L., Piskun V.M. (1999) Osnovy detskoj patopsihologii: Uchebnoe posobie [Fundamentals of child pathopsychology: Textbook. Complex correction of learning difficulties at school]. Kyiv : NPC Perspektiva [in Ukrainian].
7. Mikadze Ju.V. (2013) Nejropsihologija detskoogo vozrasta : uchebnoe posobie [Childhood Neuropsychology: A Textbook]. St. Petersburg: Piter [in Russian].
8. Palchik A.B. (2013) Lekcii po nevrologii razvitija [Lectures on developmental neurology]. Moscow : MEDpressinform [in Russian].
9. Sedova E.O., Gorjacheva T.G. (2013). Primenenie metodiki sensomotornoj korrekcii v rabote s narushenijami formirovanija samoreguljacji u mladshih shkolnikov [Application of the method of sensorimotor correction in the work with disorders of the formation of self-regulation in younger students]. *Jelektronnyj zhurnal “Psihologicheskaja nauka i obrazovanie” – Electronic journal “Psychological Science and Education”*, № 2 [in Ukrainian].

10. Semenovich. A.V. (2015) *Nejropsihologicheskaja korrakcija v detskom vozraste. Metod zameshhajushhego ontogeneza: Uchebnoe posobie* [Neuropsychological correction in childhood. The method of replacement ontogenesis: a textbook]. Moscow : Genezis [in Russian].
11. American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th. Washington, DC : Author. 886 p.
12. Douglas S. Ramsay, Stephen C. Woods (2014). Clarifying the Roles of Homeostasis and Allostasis in Physiological Regulation. *Psychol Rev.* 121. P. 225–247.
13. Dione Healey, Julia J. Rucklidge (2006) An Investigation into the Relationship Among ADHD Symptomatology, Creativity, and Neuropsychological Functioning in Children. *A Journal on Normal and Abnormal Development in Childhood and Adolescence*, 12. P. 421–438.
14. Fiks AG, Ross ME, Mayne SL, Song L, Liu W, Steffes J, et al. (2016). Preschool ADHD diagnosis and stimulant use before and after the 2011 AAP practice guideline. *Pediatrics*, 138.
15. Gardner DM, Gerdes AC, Weinberger K. (2015). Examination of a parent-assisted, friendship-building program for adolescents with ADHD. *J Atten Disord*, 23. P. 363–373.
16. Hiscock H, Sciberras E, Mensah F, Gerner B, Efron D, Khano S, et al. (2015). Impact of a behavioural sleep intervention on symptoms and sleep in children with attention deficit hyperactivity disorder, and parental mental health: Randomised controlled trial. *BMJ*. Article h68.
17. Keshavarzi Z, Bajoghli H, Mohamadi MR, Salmanian M, Kirov R, Gerber M, et al. (2014). In a randomized case-control trial with 10-years olds suffering from attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) sleep and psychological functioning improved during a 12-week sleep-training program. *World J Biol Psychiatry*, 15. P. 609–619.
18. Knyazev V. (2020). The Peculiarities Of Mental Development In Preschool Children With Attentive Deficiency Syndrome With Hyperactivity. *Socialization & Human Development: International Scientific Journal*, 2. P. 14–24.
19. Mariya Cherkasova, Erin M. Sulla, Kara L. Dalena, Milena P. Pondé, Lily Hechtman (2013). Developmental Course of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and its Predictors. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*, 22. P. 47–54.
20. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *The American Journal of Psychiatry*. 164. P. 942–948.
21. Schmiedeler S. (2015). Mindfulness based intervention in attention-deficit-/hyperactive disorder (ADHD) *Z Kinder Jugendpsychiat Psychother*, 43. 123–131.

Стаття надійшла до редакції 02.03.2021.
The article was received 02 March 2021.

УДК [159.947.3:159.942]-057.87
DOI <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2021-2-9>

ПСИХОЛОГІЧНІ МЕХАНІЗМИ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ЕМОЦІЙНО-ВОЛЬОВОЇ САМОРЕГУЛЯЦІЇ ТА РОЛЬОВОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ СТУДЕНТІВ

Лисечко Маргарита Валеріївна,
аспірантка кафедри практичної психології
Криворізький державний педагогічний університет
ritalysechko@ukr.net
<https://orcid.org/0000-0002-2943-5302>

Мета статті полягає у вивченні психологічних механізмів взаємозв'язку емоційно-вольової саморегуляції та рольової компетентності студентів.

Методи. Аналіз середніх даних і кореляція (методом рангової кореляції Спірмена) між шкалами 5 методик дослідження: 1) вивчення особливостей і рівнів розвитку рольової компетентності студентів здійснювалося із використанням «Опитувальника рольової компетентності» П. Горностая; 2) задля з'ясування особливостей емоційно-вольової регуляції рольової поведінки, рівня емоційного інтелекту та таких його параметрів, як обізнаність в емоціях, здатність до розпізнавання емоцій, самомотивація, емпатія й управління емоціями були застосовані: «Методика діагностики емоційного інтелекту» Н. Холла в адаптації С. Ільїна та тест-опитувальник «Дослідження вольової саморегуляції» (А. Зверькова та С. Ейдмана); 3) «Методика діагностики рефлексивності» А. Карпова була використана нами з метою визначення рівня розвитку механізму рефлексії.

Результати. З'ясовано, що у студентів закладу вищої освіти рольова компетентність розвинена на середньому рівні; вони мають низький рівень розвитку інтегративного показника емоційного інтелекту; низький рівень розвитку здатності до управління своїми емоціями та самомотивації, середній рівень розвитку емоційної обізнаності й емпатії, здатності до розпізнавання емоцій інших людей. Було виявлено середній загальний рівень вольової регуляції та таких вольових якостей, як наполегливість і самовладання; середній і високий рівні розвитку рефлексії.