

## **ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА ВЕРИФІКАЦІЯ КОМПЛЕКСНОЇ МУЛЬТИМОДАЛЬНОЇ ПСИХОКОРЕКЦІЇ ДИТЯЧОЇ ГІПЕРАКТИВНОСТІ**

---

Prokopiv L.Y. The experimental verification of comprehensive multimodal psychocorrection of children's hyperactivity / L.Y. Prokopiv // Problems of Modern Psychology : Collection of research papers of Kamianets-Podilskyi Ivan Ohienko National University, G.S. Kostyuk Institute of Psychology at the National Academy of Pedagogical Science of Ukraine / scientific editing by S.D. Maksymenko, L.A. Onufrieva. – Issue 29. – Kamianets-Podilskyi : Aksioma, 2015. – P. 561–574.

---

**Л.Я. Прокопів. Експериментальна верифікація комплексної мультимодальної психокорекції дитячої гіперактивності.** У статті актуалізовано проблему психологічної корекції гіперактивності як розладу поведінки в дітей дошкільного віку. На основі аналізу досліджень зарубіжних і вітчизняних фахівців різних галузей охарактеризовано психологічні особливості розвитку гіперактивних дітей, на подолання і компенсацію яких спрямовані різноманітні методи психологічної корекції.

Обґрунтовано діагностичні критерії та окреслено продуктивні психологічні методи раннього діагностування гіперактивності у дітей. Виокремлено методологічні підходи й обґрунтовано формат особливих умов, створених для ефективної підготовки дітей з гіперактивним розладом та дефіцитом уваги до навчання в школі. Узагальнено відомі дослідження і програми психокорекції гіперактивності дошкільників.

Аргументовано необхідність здійснення комплексного підходу до виховання і навчання гіперактивних дошкільників, розкрито зміст основних напрямів комплексної мультимодальної програми корекції та психологічного супроводу дітей з гіперактивним розладом і дефіцитом уваги в процесі виховання і навчання.

З урахуванням ключових ознак когнітивних, емоційних і поведінкових порушень дітей старшого дошкільного віку з гіперактивним розладом і дефіцитом уваги (обсяг, стійкість і продуктивність уваги, рівень самооцінки, імпульсивність, схильність до агресивної й асоціальної поведінки) було здійснено експериментальну верифікацію впровадженої авторкою програми комплексної мультимодальної психокорекції гіперактивних дітей, яка поєднувала роботу психолога дошкільного закладу з психоедукацією та професійним супроводом вихователів, батьків і медиків.

**Ключові слова:** гіперактивність, гіперактивний розлад з дефіцитом уваги (ГРДУ), імпульсивність, дефіцит уваги, психологічний супровід,

комплексний підхід, мультимодальна комплексна психокорекція, психоедукація.

**Л.Я. Прокопів. Экспериментальная верификация комплексной мультимодальной психокоррекции детской гиперактивности.** В статье актуализирована проблема психологической коррекции гиперактивности как расстройства поведения у детей дошкольного возраста. На основе анализа исследований зарубежных и отечественных специалистов разных отраслей охарактеризованы психологические особенности развития гиперактивных детей, на преодоление и компенсацию которых направлены различные методы психологической коррекции.

Обоснованы диагностические критерии и намечены продуктивные психологические методы раннего диагностирования гиперактивности у детей. Выделены методологические подходы и обоснован формат особых условий, созданных для эффективной подготовки детей с гиперактивным расстройством и дефицитом внимания к обучению в школе. Обобщены известные исследования и программы психокоррекции гиперактивности дошкольников.

Аргументирована необходимость осуществления комплексного подхода к воспитанию и обучению гиперактивных дошкольников, раскрыто содержание основных направлений комплексной мультимодальной программы коррекции и психологического сопровождения детей с гиперактивным расстройством и дефицитом внимания в процессе воспитания и обучения.

С учётом ключевых признаков когнитивных, эмоциональных и поведенческих нарушений детей старшего дошкольного возраста с гиперактивным расстройством и дефицитом внимания (объём, устойчивость и продуктивность внимания, уровень самооценки, импульсивность, склонность к агрессивному и асоциальному поведению) была осуществлена экспериментальная верификация внедрённой автором программы комплексной мультимодальной психокоррекции гиперактивных детей, сочетающей работу психолога дошкольного учреждения с психоедукацией и профессиональным сопровождением воспитателей, родителей и медиков.

**Ключевые слова:** гиперактивность, синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ), импульсивность, дефицит внимания, психологическое сопровождение, комплексный подход, мультимодальная комплексная психокоррекция, психоедукация.

**Постановка проблеми.** Проблема психологічної допомоги дітям з індивідуальними особливостями розвитку є однією з найважливіших в сучасній віковій і педагогічній психології. Гіперактивний розлад з дефіцитом уваги (ГРДУ) в наш час є найпоширенішим розладом розвитку в дитячому віці. В 2004 році Всесвітня асоціація дитячої і підліткової психіатрії та суміжних професій (ІАСАРАР) визнала гіперактивний розлад з дефіцитом уваги проблемою номер один у сфері охорони здоров'я ді-

тей. Кількість дітей із ознаками даного розладу постійно зростає (І. П. Брязгунов, Є. В. Касатикова, 2001; Г. Б. Моніна, Е. К. Лютова-Робертс, Л. С. Чутко, 2007; О. І. Політико, 2006). Постає гостра необхідність розробки нових та адаптації до вітчизняних умов вже існуючих зарубіжних методологічних підходів і практичних засобів, які мали б на меті підвищити ефективність виховання і навчання дітей з ГРДУ.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Зважаючи на те, що етіологія гіперактивності в дитячому віці зумовлена сукупністю біологічних, психологічних і соціальних факторів, вчені ведуть наукові дискусії з приводу того, який чинник є визначальним у виникненні і розвитку ГРДУ і, відповідно, які методи корекції цього розладу є найбільш ефективними. Наукові й експериментальні дослідження в цьому напрямку активно ведуться за кордоном (R. Barkley, T. Brown, S. Goldstein, E. Taylor, I. Л. Арцишевська, М. М. Заваденко, Ю. С. Шевченко, Г. Б. Моніна, О. В. Халецька, А. Л. Сиротюк, Б. Р. Яременко). Проте у нашій державі проблема психокорекції ГРДУ в дітей дошкільного віку є досить новою і актуальною (О. Романчук, Є. Суковський, І. Марценківський, О. Тохтамиш). У вітчизняній науці ще чітко не визначена назва даного розладу: деякі українські автори вживають термін СДУГ (синдром дефіциту уваги з гіперактивністю), а деякі ГРДУ (гіперактивний розлад з дефіцитом уваги), хоча принципової відмінності між цими трактуваннями розладу немає. Американські і західноєвропейські науковці вживають термін «disorder», що означає розлад, тоді як російські науковці вживають термін «синдром», властивий здебільшого клінічним відхиленням психіки. Слід підкреслити, що в цілому діти з ГРДУ відносяться до категорії дітей з нормальним розвитком і повинні виховуватися разом з однолітками, відвідувати дошкільні навчальні заклади, а згодом і загальноосвітню школу. Практично всі науковці підкреслюють особливу вагу та значення вчасного раннього втручання. Компетентна та комплексна допомога дітям з ГРДУ та їхнім родинам ще у дошкільному віці може радикально змінити сценарій їхнього життя на краще, попередити розвиток вторинних ускладнень і коморбідних розладів. На переконання більшості дослідників, для цілеспрямованої і результативної психокорекції необхідна розробка сучасних комплексних програм корекції розвитку дошкільників з ГРДУ. Такі програми можуть базуватися на концепції системного підходу до психічного розвитку дитини (Л. С. Виготський, 1996; М. М. Семаго, 2000) та системі психологічного супроводу.

**Мета статті:** обґрунтувати доцільність, розкрити зміст і проаналізувати результати експериментального впровадження комплексної мультимодальної програми психокорекції гіперактивності в дошкільному віці.

**Виклад основного матеріалу дослідження з повним обґрунтуванням отриманих наукових результатів.** Гіперактивні діти дошкільного віку відрізняються від своїх однолітків підвищеною рухливістю, неухважністю, імпульсивністю. Для них властиві порушення моторного контролю, недостатня сформованість дрібної моторики і навичок самообслуговування. Відставання біологічного дозрівання центральної нервової системи в дітей з ГРДУ і, як наслідок, вищих мозкових функцій (переважно регулятивного компонента), не дозволяє дитині адаптуватися до нових умов існування і нормально переносити інтелектуальні навантаження [8].

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

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

Спостерігається невідповідність між реальним рівнем розвитку й тією успішністю, яку можна очікувати, виходячи з коефіцієнта інтелекту. Найсуттєвіше полягає в тому, що інтелект дітей зберігається, але риси, які характеризують ГРДУ, – неспокій, непосидючість, безліч зайвих рухів, недостатня цілеспрямованість, імпульсивність вчинків і підвищена збудливість часто породжують труднощі в набутті навчальних навичок [2; 3].

Однією з характерних особливостей дітей з ГРДУ є порушення соціальної адаптації. Афективна напруженість, значна амплітуда емоційних переживань, труднощі, які виникають у спілкуванні з однолітками і дорослими, призводять до того, що в дитини легко закріплюється негативна самооцінка, ворожість до оточуючих, виникають неврозоподібні і психопатичні розлади.

Гармонізація розвитку особистості дітей з ГРДУ залежить від мікро- і макросередовища. Якщо в родині зберігаються взаєморозуміння, терпіння і тепле ставлення до дитини, то після корекції ГРДУ всі негативні прояви поведінки зникають. В іншому разі навіть при лікуванні і корекції ознаки відхилення залишаються і можуть посилюватися [3]. Поведінка гіперактивних дітей відзначається недостатністю самоконтролю. Прагнення до самостійних дій («Я так хочу») виявляється сильнішим мотивом, ніж будь-які правила [5].

Основна складність полягає в тому, що ГРДУ має «різні обличчя», загальна картина і динаміка проявів даного розладу дуже індивідуальні. Тому для ефективної психокорекції потрібна глибока ґрунтова психодіагностика. Часто ГРДУ в дошкільному віці супроводжується коморбідними розладами, такими як агресивна та антисоціальна поведінка, межова інтелектуальна недостатність, розумова відсталість, тривожні розлади (21-40%), соматоформні розлади, депресія, нервові тіки, розлад розвитку координації рухів (близько 50%), розлади спектра аутизму, енурез, розлади сну [6, с. 94].

Основою комплексної психокорекційної програми дитини з ГРДУ, на думку американського дослідника R. Barkley, має стати послідовна психоедукація – спеціальна освіта батьків, вихователів дитини щодо природи ГРДУ, особливостей поведінки гіперактивних дітей і способів допомогти їм [9]. За даними досліджень (Goldstein, 1998; Taylor, 2004), найбільш ефективними методами корекції ГРДУ в дошкільному віці є навчання батьків і вихователів методик поведінкового керівництва. Поведінкова терапія виходить із патогенетичної концепції ГРДУ і впливає на поведінку дитини шляхом організації факторів, що діють «тут і тепер» на мотивацію дитини до позитивної поведінки [4, с. 137].

Аналіз вікової динаміки показав, що ознаки ГРДУ найбільш виражені у дошкільному і молодшому шкільному віці, а пік прояву розладу припадає на період підготовки до школи і початок навчання [2, с. 29]. Це зумовлено динамікою розвитку вищої нервової діяльності. 5,5–7 років – критичний період для формування систем мозку, що відповідають за розумову діяльність, увагу, пам'ять, також відбувається зміна стадій інтелектуального розвитку, формуються умови для становлення абстрактного мислення і довільної регуляції діяльності.

Клінічна картина гіперактивного розладу з дефіцитом уваги включає близько 90 чинників. Тому для ефективної допомоги гіперактивним дітям спеціалісти пропонують використовувати *компл-*

*лексний підхід*, який би об'єднував медичні, психологічні та педагогічні методики [2; с. 113]. З огляду на те, що ГРДУ є хронічним розладом із високим показником коморбідностей та значним впливом на психосоціальне середовище дитини, ми прийшли до висновку, що діти з ГРДУ потребують саме мультимодальної програми психокорекції, яка впливала б на усі аспекти біопсихосоціального ланцюжка факторів. Розробці такої корекційної програми має передувати всестороння діагностика проявів гіперактивної поведінки. У рамках психокорекційної програми потрібно розробити чіткі рекомендації і настанови для фахівців і батьків.

Прикладною метою емпіричного дослідження була експериментальна верифікація комплексної мультимодальної психокорекційної програми роботи з гіперактивними дітьми. Для цього було реалізовано низку послідовних психодіагностичних замірів, які дали можливість виокремити контингент дітей з ГРДУ із загальної вибірки старших дошкільників; представити середні емпіричні показники такої діагностики (скринінгу) за валідними методиками; обґрунтувати завдання, методи, умови – загалом програму психокорекції гіперактивності в дітей у формульованому експерименті; нарешті, порівняти результати звичайного навчання і виховання дітей з ГРДУ (контрольна група) з результатами дітей з ГРДУ, щодо яких вживалися спеціальні психокорекційні заходи (експериментальна група).

Отже, дане емпіричне дослідження складалося з низки етапів.

*Перший етап* становило скринінгове дослідження старших дошкільників, котрі відвідували дошкільні навчальні заклади м. Коломиї Івано-Франківської області. Скринінгом було охоплено 162 дитини з п'яти дошкільних навчальних закладів.

На цьому етапі дослідження було використано 3 діагностичні методики: критерії виявлення гіперактивності в дошкільників за П. Бейкером та М. Алвордом (спостереження за дитиною здійснювалося вихователями); анкета для батьків І. П. Брязгунова та Є. В. Касатикової та порівняльне спостереження для батьків і вихователів на основі особливостей поведінки активної дитини та дитини з ознаками гіперактивності за І. Л. Арцишевською.

Результати скринінгу показали, що з досліджених 162 дітей (77 хлопчиків і 85 дівчаток) ознаки ГРДУ виявлено у 22 дітей (13,6 %), тобто гіперактивною є кожна 7 – 8 дитина даної вікової категорії, з них 16 хлопчиків (73%) і 6 дівчаток (27%). Підтвердилися дані попередніх дослідників щодо значно більшої розповсюдженості гіперактивного розладу серед хлопчиків, ніж серед дівчаток.

За результатами поглибленої діагностики релевантних психологічних особливостей гіперактивних старших дошкільників було сформовано дві групи з приблизно гомогенним якісним і кількісним (по 8 хлопчиків і 3 дівчинки) складом, які утворили дві групи – експериментальну та контрольну.

*Другий етап* емпіричного дослідження становило поглиблене констатувальне психодіагностичне обстеження виявлених 22 старших дошкільників (експериментальної і контрольної груп) з ГРДУ за методиками, які ми обрали з огляду на основні прояви гіперактивного розладу з дефіцитом уваги, зокрема: неуважність та відволікання уваги, надмірна імпульсивність та агресивність, підвищена рухова активність, схильність до асоціальної поведінки. Зокрема було застосовано такі методики дослідження: «Запам'ятай і розстав крапки» на визначення обсягу уваги, «Знайди і викресли» – на визначення рівня продуктивності і стійкості уваги, методика визначення самооцінки дошкільника «Який я?» (подано за Р.С. Немовим), анкети на визначення рівня асоціальності й агресивності дошкільників З.С. Карпенко, анкета на визначення рівня імпульсивності в дошкільників (Г.П. Лаврентьева, Т.М. Титаренко).

За методикою «Знайди і викресли» встановлено такі результати: середній рівень продуктивності і стійкості уваги показали 4 дитини (18,2 %), низький рівень – 12 дітей (54,5 %) і дуже низький рівень – 6 дітей (27,3 %), що трохи краще, ніж у випадку діагностики обсягу уваги. Утім, високий і дуже високий рівні продуктивності і стійкості уваги тут також не встановлено.

За методикою «Який я?» визначено рівень сумарної самооцінки дошкільників, отриманий з підрахунку сукупності часткових самооцінок за ознаками «хороший», «добрий», «розумний» і т. д. Тут розкид даних виявився ширшим. Так, 1 дитина (4,5 %) показала дуже високу самооцінку, ще 1 (4,5 %) – високу, переважна більшість – 13 дітей або 59% – середній рівень самооцінки, 7 дітей (32%) – низький рівень. Звідси випливає, що гіперактивні діти мають здебільшого адекватне уявлення про себе, третина з них має вочевидь занижену самооцінку і лише окремі діти перебільшують свої чесноти.

Застосування анкети для вихователів стосовно визначення рівня схильності до асоціальної поведінки дозволило встановити, що половині досліджуваних – 11 дітей або 50% – притаманний середній рівень діагностованої риси, 9 дітям (41%) – низький рівень і лише 2 дитини (9%) мають високий рівень схильності до асоціальної поведінки. На наш погляд, той факт, що більше половини обстежених із ГРДУ вже в дошкільному віці мають серед-

ній і високий рівні асоціальності повинен насторожувати батьків та вихователів, що підкреслює важливість і необхідність психокорекційної роботи.

Близькими до цих є результати дослідження схильності до агресивної поведінки. Середній рівень виявлено у 9-ти дітей (41%), низький – у 12-ти дітей (54,5%) і 1 дитина (4,5%) виявила високий рівень агресивності.

За параметрами оцінки імпульсивності (методика Г. П. Лаврентьєвої та Т. М. Титаренко) отримано високі – 13 дітей (59%) і середні – 7 дітей (32%) значення цієї психічної вади. Тільки 2 дитини (9%) показують низький рівень імпульсивної поведінки.

У таблиці 1 представлено результати констатувального зрізу за поглибленими критеріями діагностики гіперактивних дітей, укомплектованих на попередньому (скринінговому) етапі емпіричного дослідження щодо експериментальної (ЕГ) та контрольної (КГ) груп.

Таблиця 1

## Результати констатувального зрізу

№ з/п	Показники (рівень)	Середнє значення		Стандартне відхилення		Достовірність відмінностей за критерієм Вілкоксона
		ЕГ	КГ	ЕГ	КГ	
1	Обсяг уваги	1,64	1,64	0,67	0,81	0,564
2	Продуктивність і стійкість уваги	1,91	1,91	0,70	0,70	0,564
3	Загальна самооцінка	1,82	1,82	0,98	0,40	0,317
4	Асоціальність	1,64	1,73	0,67	0,65	0,157
5	Агресивність	1,64	1,36	0,67	0,51	0,083
6	Імпульсивність	2,27	2,18	0,65	0,60	1,00

*Третій етап* емпіричного дослідження полягав у впровадженні комплексної мультимодальної психокорекційної програми для гіперактивних старших дошкільників, яка розрахована на три місяці занять (індивідуальних і групових). Ігрові вправи підбирали за наступними напрямками: вправи на розвиток уваги; вправи на зняття м'язового та емоційного напруження (релаксація); вправи, що розвивають навички вольової регуляції (управління); вправи та ігри на тренування вміння «діяти за правилами»; арт-терапевтичні методики для гіперактивних дошкільників (ізотерапія, казкотерапія). Тренування уваги, рухового й емоційного контролю проводилося поетапно. Спочатку ми вводили вправи на тренування однієї функції – уваги. Якщо був



досягнутий потрібний результат, то пропонувалися ігри на розвиток рухового контролю, потім імпульсивності. Між корекційними заняттями вводилися елементи релаксації з метою навчити дитину в ігровій формі розслаблятися і знімати напругу.

Оскільки у гіперактивної дитини переважно гіпертрофовані функції правої півкулі, то найбільш ефективною психокорекційна робота буде не на раціонально-логічному, а на емоційно-ціннісному рівні. Саме тому в програму психокорекції були включені заняття з арт-терапії та казкотерапії. Ми використали спеціально розроблені для гіперактивних дітей психокорекційні казки і методи ізотерапії (Р. М. Ткач, Т. Д. Зінкевич-Євстігнеева). Ці методики призначені для опосередкованого впливу на поведінку дитини. Вони «заміщають» неефективний стиль поведінки більш продуктивним.

У рамках психокорекційної програми була застосована спеціальна програма психоедукації для батьків та розроблено рекомендації щодо виховання гіперактивної дитини: методика ескалації тактильного контакту (А. М. Тохтамиш); організація оптимального режиму дня. Так, тренінг батьківської компетентності мав на меті навчити батьків технік, що дозволяють змінювати поведінку дитини. Вони дізнаються, як використовувати заохочення і покарання для досягнення певних цілей. У них розвивають уміння помічати те, що дитина робить добре і вміння хвалити дитину за досягнуті нею успіхи. Крім цього, батьки навчаються використовувати систему штрафів за деструктивну поведінку (таких як втрата привілеїв чи тайм-аут) та справлятися з непослухом в громадських місцях. Батьків навчають прийомів модифікації (зміни) поведінки гіперактивної дитини. До числа подібних прийомів відносяться: використання певних правил і позитивного підкріплення, повсякденне виконання певного розпорядку дня, складання списків необхідних справ, регулювання інформації, упорядкування навколишньої обстановки з обмеженням відволікаючих чинників, контролем за поганими звичками і змінами дій, використання нагадувань у вигляді плакатів (малюнків).

Батькам пропонуються спеціальні рекомендації щодо того, як поводитися з дитиною, які ігри і корекційні вправи можна проводити в домашніх умовах і як правильно облаштувати побут гіперактивної дитини. Батьки, які пройшли тренінг батьківської компетентності й отримали рекомендації, зустрічаються з психологом в рамках програми тричі (раз в місяць), аналізують і коментують хід дотримання рекомендацій, обговорюють успіхи та невдачі, корегують свої наступні дії.

Для вихователів у рамках програми теж розроблено спеціальні рекомендації, а консультації проводяться по мірі необхідності. Вихователь має подбати про зміну оточення дитини, зміну режиму занять із включенням хвилинок активного відпочинку, регулювання взаємин з однолітками; створення позитивної мотивації; корекцію негативних форм поведінки, в тому числі немотивованої агресії; проведення ігор на заняттях, які спрямовані на розвиток уваги, вправ на релаксацію і зняття напруги; забезпечення чіткого режиму дня; регулювання очікувань (насамперед батьків, оскільки позитивні зміни в поведінці дитини проявляються не так швидко, як би хотілося оточуючим) тощо. Отже, вихователі в дошкільних навчальних закладах, взявши до уваги рекомендації психолога, здійснюють процес навчання дитини, створюють ситуації успіху, сприяють розширенню емоційного досвіду та соціальної взаємодії.

Медичний працівник (а це може бути працівник ДНЗ або ж дільничний педіатр) може розробити вправи з ЛФК (лікувальна фізкультура), призначити курс спеціальних масажів для зняття напруженості м'язів гіперактивної дитини, проводити регулярні медичні обстеження із залученням невролога.

Отже, основне завдання психолога як керівника програми – це не тільки проводити за програмою індивідуальні та групові психокорекційні заняття, а й підготувати до ефективної участі в психокорекційній діяльності батьків і вихователів, постійно контролювати й аналізувати процес, а також вести фіксацію результатів.

*Четвертий етап* емпіричного дослідження – контрольний зріз – дозволив порівняти емпіричні кореляції гіперактивності досліджуваних із контрольної та експериментальної груп, визначити достовірність відмінностей психодіагностичних даних констатувального й контрольного зрізів, а відтак визначити ефективність реалізації комплексної мультимодальної експериментальної програми психокорекції гіперактивності старших дошкільників.

Порівняння інтенсивності змін динамічних рядів описових статистик контрольної (таблиця 2) і експериментальної (таблиця 3) груп дозволить зробити обґрунтований висновок про ефективність впровадженої психокорекційної програми.

Наведені дані свідчать про те, що показники уваги в контрольній групі між двома діагностичними зрізами дещо покращилися. Можна припустити, що причиною є підготовка батьками і вихователями дітей до школи, зокрема відвідування підготовчих занять в школі, навчальні заняття в дошкільному закладі

тощо. Зате показники поведінкової активності та загальної самооцінки демонструють тенденцію до зниження (погіршення), що посилює соціально-психологічну дезадаптації досліджуваних дошкільнят. Проте ніде ці зміни не є статистично значущими.

Таблиця 2

## Динаміка показників ГРДУ в контрольній групі

№ з/п	Показники (рівень)	Констатувальний зріз		Контрольний зріз		Достовірність відмінностей за критерієм Вілкоксона
		Середнє значення	Стандартне відхилення	Середнє значення	Стандартне відхилення	
1	Обсяг уваги	1,64	0,81	1,73	0,65	0,564
2	Продуктивність і стійкість уваги	1,91	0,70	2,00	0,63	0,564
3	Загальна самооцінка	1,82	0,40	1,73	0,47	0,317
4	Асоціальність	1,73	0,65	1,9	0,70	0,157
5	Агресивність	1,36	0,51	1,64	0,67	0,083
6	Імпульсивність	2,18	0,60	2,18	0,60	1,00

Таблиця 3

## Динаміка показників ГРДУ в експериментальній групі

№ з/п	Показники (рівень)	Констатувальний зріз		Контрольний зріз		Достовірність відмінностей за критерієм Вілкоксона
		Середнє значення	Стандартне відхилення	Середнє значення	Стандартне відхилення	
1	Обсяг уваги	1,64	0,67	2,45	0,82	0,003
2	Продуктивність і стійкість уваги	1,91	0,70	2,64	0,67	0,005
3	Загальна самооцінка	1,81	0,98	2,36	0,50	0,034
4	Асоціальність	1,64	0,67	1,55	0,52	0,317
5	Агресивність	1,61	0,67	1,18	0,40	0,025
6	Імпульсивність	2,27	0,65	1,55	0,52	0,005

Статистичні дані, наведені в таблиці 3, свідчать про значуще зростання всіх показників уваги в досліджуваних експериментальної групи, посилення аутосимпатії та самоприйняття, що

відобразилося в суттєвому підвищенні самооцінки. Значно поліпшилися й поведінкові характеристики, що проявилось у зниженні показників імпульсивності, агресивності та схильності до асоціальних дій. Динаміка всіх показників, за винятком останнього, є статистично значущою.

**Висновки з даного дослідження і перспективи подальших розвідок з цього напрямку.** Психологічна корекція дітей із гіперактивним розладом з дефіцитом уваги передбачає сукупність медико-психологічних, психолого-педагогічних і психотерапевтичних методів, які повинні сприяти успішній адаптації, реабілітації та особистісному росту дітей у соціумі. Така корекція повинна здійснюватися трьома напрямками: цілеспрямована робота з сім'ями дітей з ГРДУ, робота з працівниками і психологами дошкільних навчальних закладів, які працюють з цими дітьми, і робота безпосередньо з дошкільниками з ГРДУ.

Оцінка ефективності запропонованої мультимодальної комплексної психокорекційної програми здійснювалася шляхом порівняння описових статистик діагностованих показників, визначення значущості їх зсуву в сторону збільшення / зменшення в експериментальній і контрольній групах за допомогою критерію Вілкоксона для аномальних розподілів.

Аналіз результатів дослідження виявив, що за всіма показниками, за винятком схильності до асоціальної поведінки, в експериментальній групі дітей з ГРДУ спостерігалось вельми значуще покращення. У свою чергу, в контрольній групі тенденція до поліпшення результатів повторної психодіагностики також була присутня, але вона була виражена не настільки сильно і не була статистично значущою. Результати емпіричного дослідження щодо застосування мультимодальної комплексної психокорекції дітей старшого дошкільного віку спільно з психоедукацією вихователів та батьків свідчать про оптимізацію психічних процесів гіперактивних дітей і гармонізацію їх особистості.

Вкрай важливим є продовження психокорекційного процесу і психологічного супроводу дітей з ГРДУ та їх батьків і під час навчання дитини в загальноосвітній школі. Актуальним залишається і дослідження ефективності новітніх форм креативної психотерапії, спрямованих на гармонізацію розумового, психоемоційного і соціального розвитку гіперактивних дітей.

#### **Список використаних джерел**

1. Брязгунов И.П. Непоседливый ребенок, или все о гиперактивных детях / И.П. Брязгунов, Е.В. Касатикова. – М. : Изд-во Института психотерапии, 2001. – 96 с .

2. Лютова Е.К. Шпаргалка для взрослых: психокоррекционная работа с гиперактивными, агрессивными, тревожными и аутичными детьми / Е.К. Лютова, Г.Б. Мони́на. – М. : Генезис, 2002. – 192 с.
3. Моні́на Г. Робота з гіперактивними дітьми / Г. Моні́на // Психолог. бібліотека: науково-виробниче видання. – 2005. – № 9. – С. 102–114.
4. Романчук О. Гіперактивний розлад з дефіцитом уваги. Практичне керівництво / Олег Романчук. – Львів : Крео, 2008. – 323 с.
5. Сиротюк А.Л. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью / А.Л. Сиротюк. – М. : ТЦ Сфера, 2003. – 125 с.
6. Суковський Є. Гіперактивний розлад з дефіцитом уваги у дітей: порадник для батьків / Є. Суковський. – Львів : Колесо, 2008. – 144 с.
7. Халецкая О.В. Минимальная дисфункция мозга в детском возрасте / О.В. Халецкая, В.Д. Трошин. – Нижний Новгород, 1995. – 129 с.
8. Яременко Б.Р. Дисфункции головного мозга у детей / Б.Р. Яременко, А.Б. Яременко, Т.Б. Горяинова. – СПб. : Салит – Медкнига, 2002. – 128 с.
9. Barkly R.A. Hyperactive children: A handbook for diagnosis and treatment / R.A. Barkly. – N.Y., London, 1997. – 84 p.

#### **Spysok vykorystanyh dzherel**

1. Brjazgunov I.P. Neposedlivyj rebenok, ili vse o giperaktivnyh detjah / I.P. Brjazgunov, E.V. Kasatikova. – М. : Izd-vo Instituta psihoterapii, 2001. – 96 s.
2. Ljutova E.K. Shpargalka dlja vzroslyh: psihokorrekcionnaja rabota s giperaktivnymi, agressivnymi, trevozhnymi i autichnymi det'mi / E.K. Ljutova, G.B. Monina. – М. : Genезis, 2002. – 192 s.
3. Monina G. Robota z giperaktyvnymy dit'my / G. Monina // Psycholog. biblioteka: naukovо-vyrobnyche vydannja. – 2005. – № 9. – S. 102–114.
4. Romanchuk O. Giperaktyvnyj rozlad z deficytom uvagy. Praktychne kerivnyctvo / Oleg Romanchuk. – L'viv : Kreo, 2008. – 323 s.
5. Sirotjuk A.L. Sindrom deficita vnimanija s giperaktivnost'ju / A.L. Sirotjuk. – М. : TC Sfera, 2003. – 125 s.
6. Sukovs'kyj Je. Giperaktyvnyj rozlad z deficytom uvagy u ditej: poradnyk dlja bat'kiv / Je. Sukovs'kyj. – L'viv : Koleso, 2008. – 144 s.

7. Haleckaja O.V. Minimal'naja disfunkcija mozga v detskom vozraste / O.V. Haleckaja, V.D. Troshin. – Nizhnij Novgorod, 1995. – 129 s.
8. Jaremenko B.R. Disfunkcii golovного mozga u detej / B.R. Jaremenko, A.B. Jaremenko, T.B. Gorjainova. – SPb. : Salit – Medkniga, 2002. – 128 s.
9. Barkly R.A. Hyperactive children: A handbook for diagnosis and treatment / R.A. Barkly. – N.Y., London, 1997. – 84 p.

**L.Y. Prokopiv. The experimental verification of comprehensive multimodal psychocorrection of children's hyperactivity.** In the article the problem of psychological treatment of hyperactivity as disorder of behavior of preschool children is clarified. Based on the analysis of foreign and domestic specialists in various fields, there is described the psychological characteristics of hyperactive children, and diverse methods of psychological correction are aimed for their overcome and compensation.

There is grounded the diagnostic criteria and outlined the productive and psychological methods of early diagnosis of kid's hyperactivity. The author determined the methodological approaches and justified the format of specific conditions, created for effective training of children with hyperactive disorder and attention deficit for school. There is generalized the known program of hyperactive preschoolers' correction.

There is argued the need for an integrated approach to education and training of hyperactive preschoolers, disclosed the content of the comprehensive multimodal program of correction and psychological support of children with hyperactive disorder and attention deficit in the process of education and training.

Given the key features of cognitive, emotional and behavioral disorders of the preschool children with hyperactive attention deficit disorder (volume, stability and productivity of attention, self-esteem, impulsiveness, susceptibility to aggressive and antisocial behavior) there was carried out the experimental verification of the implementation of complex multimodal authoring program of psychocorrection of hyperactive children, that combined work of pre-school psychologist with the professional support of educators, parents and doctors.

**Key words:** hyperactivity, Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), impulsivity, attention deficit, psychological support, comprehensive approach, multimodal complex psychocorrection, psychological education.

*Received February 08, 2015*

*Revised February 21, 2015*

*Accepted March 22, 2015*