

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему:

Емоційні коморбідні розлади у дітей з різними підтипами РДУГ

Здобувача (ки) 2 курсу КП-243 групи
Спеціальності 053 Психологія
Освітньо-професійна програма
Клінічна психологія
Анни МІЩАНЧУК
(прізвище та ініціали)

Керівники

Катерина МІЛЮТИНА, д.психол.н., проф.,
Анна КРАЙЛЮК, к.психол.н.
(прізвище та ініціали, вчене звання, науковий ступінь)

Робота рекомендована до захисту
рішенням кафедри клінічної психології та кафедри соціальної психології

Протокол №11 від «22» червня 2026р.

Зав. кафедри клінічної психології _____ д.психол.н., с.н.с., Лисенко І.П.
підпис (наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

Зав. кафедри соціальної психології _____ к.психол.н., доц., Трофімова Д.О.
підпис (наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

Київ–2026

АНОТАЦІЯ

Робота присвячена дослідженню емоційних станів дітей молодшого шкільного віку з різними підтипами розладу дефіциту уваги та гіперактивності. У дослідженні проаналізовано особливості самооцінки, рівня тривожності, способів реагування на фрустрацію та специфіку емоційного переживання у дітей з неухважним, гіперактивно-імпульсивним і комбінованим підтипами РДУГ у порівнянні з нейротиповими однолітками. Теоретична частина роботи розкриває сучасні підходи до розуміння емоційної сфери при РДУГ, взаємозв'язок нейропсихологічних механізмів із поведінковими та особистісними проявами дитини.

Емпіричне дослідження виконано з використанням комплексу психодіагностичних методик, спрямованих на вивчення самооцінки, шкільної тривожності, емоційного реагування у ситуаціях перешкод і соціальної взаємодії. Проведено кількісний та якісний аналіз отриманих даних, здійснено порівняння між клінічними групами та групою нейротипових дітей. Визначено, що для дітей з РДУГ характерні підвищена емоційна напруженість, труднощі регуляції афекту та нестійкість самооцінки, при цьому прояви мають відмінності залежно від підтипу розладу.

У роботі обґрунтовано практичні рекомендації для психологічного супроводу дітей з РДУГ, спрямовані на розвиток навичок емоційної саморегуляції, формування адекватної самооцінки та конструктивних способів подолання фрустрації. Результати дослідження можуть бути використані у діяльності практичних психологів, нейропсихологів, педагогів та фахівців інклюзивної освіти для побудови індивідуальних програм допомоги дітям з порушеннями уваги та гіперактивності.

Ключові слова: розлад дефіциту уваги та гіперактивності, емоційні стани, підтипи розладу дефіциту уваги та гіперактивності, самооцінка, тривожність, фрустрація, емоційна регуляція.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ I. ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ РДУГ.....	9
1.1. Теоретичні аспекти та зміна у становленні поглядів на РДУГ.....	9
1.2. Клініко - психологічні особливості прояву РДУГ.....	12
1.3. Специфіка емоційних проявів та фрустраційних реакцій у дітей з РДУГ.....	21
Висновки до розділу I.....	27
РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ У ДІТЕЙ З РІЗНИМИ ПІДТИПАМИ РДУГ.....	29
2.1. Підходи до дослідження. Загальний опис методик.....	29
2.2. Організація та проведення емпіричного дослідження.....	35
2.3. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження.....	39
Висновки до розділу II.....	63
РОЗДІЛ III. АПРОБАЦІЯ ТА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ КОРЕКЦІЙНИХ ПРОГРАМ ДЛЯ ДІТЕЙ З РІЗНИМИ ПІДТИПАМИ РДУГ	67
3.1. Методологія корекційної програми.....	67
3.2. Корекційна програма для дітей з неухважним підтипом РДУГ.....	79
3.3. Корекційна програма для дітей з гіперактивним підтипом РДУГ.....	103
3.4. Результати корекційних програм.....	125
Висновки до розділу III.....	144
ВИСНОВКИ.....	146
Список використаних джерел.....	149

ВСТУП

Актуальність теми: у сучасній клінічній психології проблема розладу дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ) залишається однією з найбільш актуальних у зв'язку зі значною поширеністю цього нейророзвиткового розладу та його впливом на різні сфери функціонування дитини. Традиційно РДУГ асоціюється насамперед із труднощами концентрації уваги, підвищеною руховою активністю та імпульсивністю. Водночас результати сучасних досліджень свідчать про те, що прояви цього розладу не обмежуються лише поведінковими особливостями. Все більше уваги приділяється вивченню емоційної сфери дітей із РДУГ, оскільки саме труднощі емоційної регуляції значною мірою визначають особливості їх соціальної адаптації, міжособистісної взаємодії, навчальної успішності та психологічного благополуччя.

Особливий інтерес викликає питання неоднорідності проявів РДУГ. Відомо, що діти з переважаючим неухважним, гіперактивно-імпульсивним і комбінованим підтипами можуть відрізнятися не лише за вираженістю основної симптоматики, а й за характером емоційних переживань, рівнем тривожності, особливостями самооцінки та способами реагування на фруструючі ситуації. Діти з неухважним підтипом частіше демонструють внутрішні переживання, невпевненість у собі та підвищену тривожність, тоді як при гіперактивно-імпульсивному підтипі більш вираженими можуть бути зовнішні поведінкові реакції, труднощі гальмування імпульсів та підвищена схильність до конфліктних форм взаємодії. Комбінований підтип поєднує ознаки обох груп труднощів, що обумовлює складність їх психологічного супроводу.

Незважаючи на значну кількість наукових праць, присвячених проблемі РДУГ, питання емоційної регуляції у дітей з різними підтипами цього розладу все ще потребує подальшого вивчення. У вітчизняних дослідженнях увага

частіше зосереджується на діагностичних критеріях, нейропсихологічних механізмах або корекції поведінкових проявів, тоді як емоційні особливості дітей із різними підтипами РДУГ залишаються недостатньо диференційованими. Вивчення взаємозв'язку між рівнем тривожності, самооцінкою та особливостями фрустраційного реагування дозволяє глибше зрозуміти психологічні труднощі таких дітей і визначити напрями більш адресної психологічної допомоги.

Актуальність дослідження зумовлена необхідністю поглиблення наукових уявлень про емоційні стани дітей з різними підтипами РДУГ, а також потребою у створенні та апробації диференційованих корекційних програм, спрямованих на розвиток емоційної регуляції з урахуванням специфіки виявлених труднощів. Отримані результати можуть бути використані у практичній діяльності дитячих психологів, нейропсихологів, педагогів та інших фахівців, які здійснюють психологічний супровід дітей із РДУГ.

Теоретико - методологічна основа дослідження. Теоретико - методологічну базу дослідження становлять постулати сучасної клінічної психології, нейропсихології та вікової психології. Теоретичною базою є біопсихосоціальна модель дослідження РДУГ, яка розглядає даний розлад як результат взаємодії нейробиологічних, психологічних та соціальних факторів. Ця модель передбачає комплексний підхід до діагностики, корекції та інтервенцій, які можуть бути здійснені для дитини з РДУГ. Для формування моделі дослідження використовувались і положення теорії емоційної регуляції, які вказують на те, що емоційні стани дитини формуються у процесі взаємодії у соціальному середовищі та залежать від формування навичок емоційної регуляції, самооцінки та здатності усвідомлювати власні емоційні стани й переживання.

Методологічну основу дослідження становить системний підхід, що дозволяє розглядати емоційні стани дитини як цілісну систему, елементи якої

(тривожність, самооцінка, фрустраційні реакції, поведінкові прояви) перебувають у взаємозв'язку. Також у роботі використано диференційований підхід, який передбачає аналіз психологічних особливостей дітей з урахуванням підтипів РДУГ (неуважного, гіперактивно-імпульсивного та комбінованого) за допомогою опитувальника "Vanderbilt".

Дослідження ґрунтується на принципах застосування наукової обґрунтованості, та комплексності психологічної діагностики, що передбачає поєднання кількісних та якісних методів дослідження. У зв'язку з цим, цю роботу були використані не тільки стандартизовані методики оцінки тривожності та самооцінки, а також проєктивні методики, результати яких дали змогу більш об'ємно та глибинно проаналізувати зазначену проблематику.

Об'єкт: РДУГ як розлад у дитячому віці.

Предмет: специфіка емоційних станів у дітей з різними підтипами РДУГ (неуважний, гіперактивний, комбінований).

Мета: виявити специфіку емоційних станів, фрустраційної толерантності, тривожності, самооцінки у дітей з різними підтипами РДУГ та провести порівняльний аналіз з групою нейротипових дітей.

Завдання:

1. провести теоретичний аналіз щодо специфіки проявів емоційної регуляції у дітей з різними підтипами РДУГ;
2. розподілити дітей з РДУГ на підгрупи за допомогою опитувальника "Vanderbilt";
3. емпірично дослідити рівень самооцінки та шкільної тривожності, фрустраційні прояви за допомогою наступних методик: методика на визначення рівня шкільної тривожності Філіпса, методика на визначення рівня фрустрації Розенцвейга, методика "дерево Лампена", методика "Сходінки самооцінки";

4. провести порівняльний аналіз отриманих показників серед дітей з різних підтипів РДУГ та групою нейротипових дітей;
5. дослідити та виявити взаємозв'язки між показниками тривожності, самооцінки та фрустраційних реакцій у межах вибірки, а також оцінити, як ці взаємозв'язки проявляються у різних підтипах РДУГ;
6. розробити та апробувати диференційовані корекційні програми для дітей з різними підтипами РДУГ, спрямовані на оптимізацію емоційної регуляції з урахуванням специфіки виявлених емоційних труднощів. Оцінити ефективність розроблених корекційних програм шляхом порівняння показників до та після корекційного втручання із використанням відповідних методів статистичної обробки даних.

Методи дослідження включають теоретичні, емпіричні та математико - статистичні.

Характеристика вибірки: дослідження проводилося на вибірці дітей молодшого шкільного віку, вік учасників дослідження становив від 7 до 11 років. Загальна кількість учасників, залучених до дослідження, 65 дітей. До основної групи вибірки були залучені 47 дітей з РДУГ, які у подальшому були розподілені на три підгрупи в залежності від переважаючої симптоматики(неуважний підтип, гіперактивно - імпульсивний підтип, комбінований підтип). Кількісний розподіл був наступним: неуважний підтип дітей з РДУГ - 12 дітей, гіперактивно - імпульсивний підтип дітей з РДУГ - 19 дітей, комбінований підтип дітей з РДУГ - 16 дітей. Контрольну групу у дослідженні склали 18 нейротипових дітей, які не мали встановлених нейрозвиткових або психічних порушень. Батьки дітей надали інформовану згоду на дозвіл щодо участі у дослідженні.

Дослідницькі питання:

1. Яка специфіка та особливості емоційних станів притаманні дітям з різними підтипами РДУГ у порівнянні з нейротиповими дітьми?

2. Які типи та напрями фрустраційних реакцій переважають у дітей з РДУГ та яким чином вони змінюються в залежності від переважаючої симптоматики РДУГ. Які саме прослідковуються відмінності у типах та напрямках фрустраційних реакцій між дітьми з РДУГ та нейротиповими дітьми?

3. Який рівень тривожності та які чинники тривожності переважають у дітей з різними підтипами РДУГ, чи існують відмінності у структурі тривожних проявів між групами дітей з РДУГ та нейротиповими дітьми?

4. Які спостерігаються особливості прояву самооцінки у дітей в залежності від підтипу РДУГ та які відмінності у самооцінці простежуються між дітьми з РДУГ та нейротиповими дітьми?

5. Чи простежується взаємозв'язок між показниками тривожності та самооцінки?

6. Чи узгоджуються між собою результати, які отримані у стандартизованих методик та показники, зафіксовані у проєктивних методиках?

РОЗДІЛ І. ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ РДУГ

1.1. Теоретичні аспекти та зміна у становленні поглядів на РДУГ

Розлад дефіциту уваги та гіперактивності (РДУГ) належить до найбільш поширених нейророзвиткових розладів дитячого віку та характеризується стійкими труднощами концентрації уваги, надмірною руховою активністю й імпульсивністю. На сьогодні РДУГ розглядається як складний багатофакторний стан, який впливає не лише на поведінкову сферу дитини, а й на її емоційне функціонування, навчальну діяльність, міжособистісні взаємини та соціальну адаптацію.

Попри те, що сучасна термінологія сформувалася відносно нещодавно, описи поведінкових проявів, подібних до симптомів РДУГ, зустрічаються ще у працях кінця XIX – початку XX століття. Дослідники звертали увагу на дітей, які демонстрували виражену неуважність, труднощі самоконтролю, підвищену рухову активність і схильність діяти імпульсивно. Водночас ці особливості тривалий час не розглядалися як окремий клінічний феномен, а пояснювалися крізь призму морального виховання, недостатньої дисципліни або особливостей характеру дитини. [11].

Історія вивчення РДУГ відображає поступовий перехід від опису окремих поведінкових проявів до сучасного розуміння цього стану як нейророзвиткового розладу. У різні історичні періоди труднощі уваги, імпульсивність та надмірна рухова активність пояснювалися наслідками органічного ураження центральної нервової системи, порушеннями поведінкової регуляції або особливостями емоційного розвитку. Значний внесок у формування сучасних уявлень про природу РДУГ зробили Дж. Стілл, Х. Хофманн, В. Барклі та інші дослідники, чії роботи сприяли переосмисленню механізмів виникнення та проявів цього розладу[45].

Подальший розвиток наукових поглядів зумовив появу різних концепцій пояснення походження РДУГ. У межах медико-біологічного

підходу використовувалися такі терміни, як «мінімальна церебральна дисфункція», «мінімальна мозкова дисфункція», «гіперкінетичний синдром», «синдром дефіциту уваги» та інші [4]. Психодинамічний напрям пов'язував появу симптоматики з ранніми емоційними конфліктами та особливостями формування прив'язаності. Представники поведінкового підходу акцентували увагу на ролі навчання та підкріплення у формуванні неадаптивних поведінкових реакцій. Когнітивні теорії розглядали РДУГ переважно крізь призму порушень пізнавальних процесів, зокрема уваги, пам'яті та контролю імпульсивних реакцій[61].

Починаючи з 1980-х років, все більшого поширення набули нейропсихологічні концепції, відповідно до яких провідна роль у виникненні симптомів РДУГ належить особливостям функціонування мозкових систем, відповідальних за саморегуляцію поведінки. У центрі уваги дослідників опинилися виконавчі функції, механізми поведінкового гальмування, інгібіторного контролю, планування та контролю діяльності. Особливе значення надавалося ролі префронтальної кори та фронто-стриарних нейронних мереж, які забезпечують довільну регуляцію поведінки та контроль імпульсивних реакцій[4].

Саме нейропсихологічний підхід дозволив найбільш повно пояснити багатоаспектність проявів РДУГ, оскільки він враховує не лише зовнішні поведінкові симптоми, а й внутрішні механізми їх виникнення. Такий погляд має важливе практичне значення, адже визначає необхідність розвитку у дітей навичок саморегуляції, інгібіторного контролю та довільної організації діяльності.

Еволюція наукових поглядів на РДУГ знайшла своє відображення і в міжнародних класифікаційних системах. У ранніх редакціях Міжнародної класифікації хвороб використовувався термін «гіперкінетичний розлад», який акцентував увагу насамперед на руховій активності та поведінкових проявах.

Подальший розвиток класифікаційних підходів дозволив більш повно враховувати різноманітність клінічних проявів розладу та їхній вплив на функціонування дитини у різних сферах життя [23].

Зміни відбувалися і в системі DSM. Удосконалення діагностичних критеріїв супроводжувалося переглядом термінології та поступовим переходом від вузького трактування симптомів до визнання неоднорідності клінічної картини РДУГ. Це сприяло виділенню різних підтипів розладу та підвищенню точності діагностичного процесу[77].

Останніми десятиліттями все більше досліджень пов'язують прояви РДУГ з особливостями розвитку механізмів самоконтролю та функціонування мозкових систем, що забезпечують регуляцію поведінки. Встановлено, що у дітей із РДУГ процес дозрівання окремих механізмів саморегуляції може відбуватися повільніше, ніж у їхніх однолітків. Внаслідок цього дитина може відчувати труднощі у підтриманні уваги, контролі власних дій та емоційних реакцій, організації діяльності та дотриманні соціальних правил. За відсутності своєчасної підтримки це може призводити до виникнення вторинних труднощів, зокрема проблем у навчанні, міжособистісній взаємодії та соціальній адаптації [18].

В останній редакції Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-11), офіційно введеній у дію у 2022 році, РДУГ розглядається як нейророзвитковий розлад, виникнення якого зумовлюється взаємодією численних нейробіологічних чинників. Такий підхід відображає сучасне розуміння багатофакторної природи цього стану та підкреслює необхідність комплексного оцінювання його проявів[33].

Узагальнюючи результати аналізу наукових джерел, можна зробити висновок, що погляди на проблему РДУГ еволюціонували від спрощеного трактування окремих поведінкових симптомів до сучасного розуміння цього стану як нейророзвиткового розладу з багатофакторною біопсихосоціальною

природою. Також, важливим досягненням сучасного етапу розвитку наукових уявлень є визнання неоднорідності проявів РДУГ та необхідності індивідуалізованого підходу до діагностики й психологічної допомоги. Саме це створює підґрунтя для подальшого вивчення емоційної специфіки дітей з різними підтипами РДУГ та розробки диференційованих корекційних програм.

1.2. Клініко-психологічні особливості прояву розладу дефіциту уваги з гіперактивністю у дитячому віці

Розлад дефіциту уваги з гіперактивністю характеризується стійкою сукупністю симптомів неуважності, гіперактивності та імпульсивності, які проявляються у різних сферах життєдіяльності дитини та зберігаються протягом всього часу, проте протягом життя симптоматика може варіюватися за інтенсивністю проявів. Ключовою ознакою РДУГ є ранній початок симптомів та їх негативний вплив на навчальну діяльність, міжособистісні стосунки й соціальну адаптацію[3].

Симптоми неуважності найчастіше включають в себе: труднощі концентрації, нестійкість уваги, забудькуватість, порушення організації діяльності та складнощі виконання інструкцій. У навчальній діяльності це проявляється у повільному темпі роботи, великій кількості помилок, труднощах завершення завдань. Такі діти часто можуть сприйматися оточенням як діти, які не зацікавлені у певній справі або дуже ліниві, проте це зовсім не відповідає їх реальним когнітивним можливостям[2].

Гіперактивність чи ознаки гіперактивності, найчастіше та здебільшого проявляються у надмірній руховій активності, постійному неспокої, труднощах дотримання вимог щодо спокійної поведінки. Імпульсивність виражається у поспішних реакціях, труднощах очікування черги, частому перебиванні інших під час розмов, недостатньому прогнозуванні наслідків власних дій. Такі прояви можуть значно ускладнюють соціальну взаємодію та

приводити до конфліктів з дорослими й однолітками, впливати на становлення самооцінки та мати вторинний вплив на формування загального емоційно - психологічного стану дитини[45].

Сучасна клінічна класифікація передбачає виокремлення трьох основних підтипів РДУГ: неухважного, гіперактивно-імпульсивного та комбінованого. Кожен із них має свої клініко-психологічні особливості та переважання певної симптоматики[51].

Неухважний підтип характеризується домінуванням труднощів з процесами уваги та нейродинамічних показників, у той час як поведінкова симптоматика є менш вираженою. Такі діти часто залишаються «непомітними» у класі, проте демонструють високий рівень внутрішнього напруження, тривожності та знижену впевненість у собі. Гіперактивно-імпульсивний підтип, навпаки, привертає увагу через виражену поведінкову дезорганізацію, імпульсивність та порушення правил, характеризується наявністю труднощів у виконавчих функціях та інгібіції. Комбінований підтип поєднує ознаки обох попередніх, що ускладнює як діагностику, так і психологічний супровід. У дітей з комбінованого підтипу певна симптоматика може переважати або ж всі симптоми можуть мати майже ідентичну інтенсивність та варіюватися у проявах інтенсивності протягом життя залежно від періоду вікового розвитку[90].

Слід зазначити, що особливу роль у клінічній картині РДУГ відіграють труднощі соціальної адаптації. Діти з РДУГ часто стикаються з відторгненням з боку однолітків, стають жертвами або учасниками ситуацій булінгу, стикаються негативними оцінками з боку педагогів та потрапляють у повторювані ситуації неспіху або фруструючі ситуації. Це може створювати передумови для формування вторинних емоційних порушень, зокрема шкільної тривожності та зниження самооцінки, збільшення інтенсивності проявів опозиційності та тривожно - депресивної симптоматики. Адже для

дітей з РДУГ характерна висока коморбідність з іншими психічними розладами, зокрема тривожними розладами, опозиційно-викличною поведінкою, депресивними проявами. Це підкреслює необхідність комплексного підходу до психологічної діагностики та інтервенції[22].

Враховуючи різноманітність клінічних проявів РДУГ, його діагностика ґрунтується на стандартизованих критеріях, встановлених Американською психіатричною асоціацією та викладених у четвертому виданні «Діагностичного і статистичного посібника з психічних розладів» (DSM-IV). Відповідно до сучасних класифікацій МКХ-10 та DSM-IV, РДУГ ідентифікується за рисами розвитку, які відхиляються від типових вікових норм, що відображають недостатню адаптаційну здатність. Ключові характеристики включають дефіцит уваги, гіперактивність та імпульсивність, причому симптоми мають з'явитися у віці до 7 років і зберігатися щонайменше шість місяців у ступені вираженості, що погіршує здатність дитини до адаптації, для встановлення діагнозу, також, звертають увагу чи зберігаються прояви симптоматики у декількох середовищах, наприклад, не тільки у сімейному, а й у навчальному та під час комунікації й взаємодії з однолітками[84]. Отже, симптоми проявляються в різних середовищах - вдома, в школі та в соціальному оточенні, незважаючи на те, що інтелектуальні здібності дитини відповідають її віковій групі.

Діти з розладом дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ) нерідко демонструють знижений рівень готовності до шкільного навчання, що зумовлено недостатньою сформованістю низки важливих психічних і навчальних компонентів. Зокрема, труднощі спостерігаються у сфері ставлення до школи, формування адекватної самооцінки, здатності до тривалого зосередження на навчальному завданні, розвитку графомоторних навичок, знижених показниках у процесах нейродинаміки, візуального та аудіального аналізу, а також довільної регуляції діяльності та навчальної поведінки. Важливо підкреслити, що діти з іншими порушеннями психічного

розвитку нерідко демонструють вищий рівень шкільної готовності порівняно з дітьми з РДУГ, що свідчить про специфічність даного розладу у контексті навчальної адаптації[7].

У зв'язку з вищевказаною інформацією, на початковому етапі вивчення РДУГ, особливо у дітей старшого дошкільного віку, доцільно звертати увагу на низку характерних симптомів [29], зокрема:

- 1) труднощі у засвоєнні дошкільного навчального матеріалу за умови збереження інтелектуального розвитку. Дитина може мати виражені складнощі з оволодінням навичками читання, письма чи математики, що проявляється у частковій або повній несформованості даної здібності. До цих труднощів, також відносяться: труднощі з зосередженням, переключенням уваги, наявність ознак швидкої втомлюваності та виснаженості;
- 2) затримка емоційного розвитку, яка виявляється у підвищеній емоційній чутливості, імпульсивних та сильних реакціях на критику та невдачі. Поведінка дитини при цьому може виглядати інфантильною на тлі вікової норми інтелектуального розвитку;
- 3) формування негативної самооцінки, що значною мірою зумовлена систематичними зауваженнями з боку дорослих. Додаткове порівняння з однолітками може спровокувати у дитини почуття ворожості до оточення, агресивні реакції, прагнення до соціальної ізоляції та стійке відчуття емоційного неблагополуччя;
- 4) емоційна лабільність, яка проявляється у частих і різких змінах настрою, швидких переходах від плачу до сміху. У стані афективного збудження дитина може проявляти імпульсивну агресію, ініціювати конфлікти, кидати предмети або навмисно псувати речі, діючи без попереднього обдумування наслідків;
- 5) недостатньо сформоване відчуття небезпеки, що зумовлює схильність до ризикованих та потенційно загрозливих для життя і здоров'я вчинків.[51].

Узагальнюючи дані численних емпіричних робіт, Р.Барклі, доходить висновку, що “пряме органічне ураження центральної нервової системи є провідною причиною РДУГ лише у незначного відсотка випадків” [8]. На користь участі цього чинника свідчать дані про наявність в анамнезі частини дітей із РДУГ перинатального гіпоксично-ішемічного ураження ЦНС, а також підвищену поширеність розладу серед дітей, народжених передчасно або з малою масою тіла для гестаційного віку. Встановлено, що ризик розвитку РДУГ зростає зі збільшенням ступеня недоношеності. Окрім цього, підвищена частота розладу спостерігається у дітей, які перенесли нейроінфекції (енцефаліт, менінгіт) або черепно-мозкові травми, особливо якщо ці травми сталися в період раннього дитинства[3].

Подальший розвиток нейробіологічних досліджень зумовив формування гіпотези про ключову роль порушень функціонування дофамінергічної та норадренергічної нейротрансмітерних систем у патогенезі РДУГ. Ці системи беруть участь у регуляції передачі нервових імпульсів у нейронних мережах, що поєднують лобну кору, підкіркові утворення (зокрема базальні ганглії) та лімбічну систему. Вагомим аргументом на користь цієї концепції є висока клінічна ефективність фармакологічних засобів, спрямованих на стимулювання активності дофаміну та норадреналіну. За даними останніх медичних досліджень, застосування психостимуляторів дозволяє досягти істотного зменшення симптоматики у 70–90 % дітей із РДУГ[16].

РДУГ розглядається як полігенний стан, виникнення якого зумовлюється різними комбінаціями генетичних варіантів. Саме цим пояснюється значна клінічна варіативність проявів розладу, існування різних підтипів і ступенів тяжкості, а також висока частота коморбідних психічних порушень, значна частина яких, ймовірно, може мати спільну нейробіологічну та генетичну основу.

Таким чином, на сучасному етапі розвитку науки РДУГ розглядається як етіологічно гетерогенний розлад, формування якого зумовлюється взаємодією щонайменше двох ключових чинників — генетичної схильності та органічних уражень центральної нервової системи або їх поєднання. При цьому саме генетичний компонент вважається провідним у переважній більшості випадків, хоча і він характеризується значною внутрішньою поліморфністю.

Також, варто зазначити, що сучасні дослідження вказують на те, що прояви синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю пов'язані з функціональною незрілістю лобових відділів кори головного мозку, які відіграють ключову роль у регуляції та координації поведінки людини. Адже саме ці структури забезпечують виконання так званих виконавчих функцій, що відповідають за здатність до цілеспрямованої діяльності, контроль власних дій і адаптацію поведінки до вимог середовища[25]. Недостатній рівень сформованості лобної кори зумовлює порушення низки регуляторних механізмів, зокрема контролю імпульсів, планування та прогнозування дій, організації поведінки з урахуванням віддалених цілей і наслідків, а також процесів емоційної саморегуляції, підтримання уваги, аналізу інформації та контролю моторної активності[9]. Внаслідок цього у дітей із РДУГ спостерігається дисбаланс між процесами збудження і гальмування, що істотно ускладнює довільне керування поведінкою.

Одним із ключових проявів дефіциту виконавчих функцій у дітей і дорослих із РДУГ є знижена здатність узгоджувати власні дії з віддаленими наслідками та довгостроковими цілями. У науковій літературі цей феномен часто описується як порушення часової перспективи або обмеженість внутрішнього «часового вікна»[51]. Через недостатню здатність пригальмовувати імпульсивні реакції та обмірковувати свої дії перед їх виконанням, поведінка осіб із РДУГ значною мірою детермінується актуальними, безпосередніми стимулами. Вони орієнтуються переважно на

події «тут і тепер», не враховуючи минулий досвід або можливі майбутні наслідки власних вчинків.

У зв'язку з цим у ситуаціях, що потребують тривалої цілеспрямованої діяльності, відтермінування винагороди або подолання спокус негайного підкріплення, дефіцит самоорганізації поведінки у дітей та дорослих із РДУГ стає особливо помітним і часто призводить до негативних результатів. Усвідомлення цього центрального механізму порушення дозволяє зрозуміти специфіку ефективних психологічних втручань при РДУГ[12].

Отже, провідним дефіцитом при РДУГ є порушення механізмів саморегуляції та самоорганізації поведінки. Умовно це можна порівняти з керуванням транспортним засобом, у якому знижена ефективність систем контролю та гальмування. Багато дітей із РДУГ усвідомлюють власні труднощі самоконтролю, проте не завжди мають розуміння як з ними справитися, який паттерн поведінки застосуватися для самодопомоги, що іноді призводить до формування негативного образу себе. Водночас більшість небажаних вчинків таких дітей мають імпульсивний, ненавмисний характер і не є наслідком свідомого порушення правил або агресивних намірів[44].

У межах сучасних теоретичних підходів до розуміння природи РДУГ особливу увагу приділяють відмінності між знанням соціально прийнятних норм поведінки та здатністю реалізувати їх у реальних життєвих ситуаціях. Таким чином, Р.Барклі (1995) наголошує, що: “основні труднощі дітей із РДУГ полягають не у відсутності уявлень про належну поведінку, а у зниженій можливості послідовно дотримуватися цих уявлень на практиці”[9].

Найчастіше це відбувається внаслідок недостатньої ефективності механізмів самоконтролю та поведінкового гальмування, їхні дії часто є імпульсивними та слабо керованими, що призводить до повторюваних помилок і небажаних наслідків[24]. Важливо підкреслити, що такі труднощі

не є проявом свідомої неслухняності або небажання співпрацювати, а відображають нейропсихологічні обмеження систем регуляції поведінки.

Зазначені особливості функціонування дітей із РДУГ створюють труднощі не лише для самих дітей, але й для дорослих, які беруть участь у їхньому вихованні та навчанні. Саме батьки, педагоги та фахівці значною мірою визначають те, наскільки успішно дитина зможе адаптуватися до вимог навколишнього середовища та компенсувати наявні труднощі саморегуляції. Одним із ключових завдань дорослих є не стільки контроль небажаної поведінки, скільки створення умов, у яких дитина поступово навчатиметься організовувати власну діяльність, прогнозувати наслідки своїх дій та використовувати більш адаптивні способи реагування. У цьому контексті особливого значення набуває підтримувальний стиль взаємодії, що передбачає чіткість правил, послідовність вимог, емоційну підтримку та допомогу у формуванні навичок саморегуляції, а не покарання за допущені помилки.

Особливо вразливим періодом для прояву симптомів РДУГ є початок шкільного навчання. Саме в цей час різко зростають вимоги до довільної уваги, здатності дотримуватися правил, самостійно організовувати діяльність, контролювати власну поведінку та витримувати тривале навчальне навантаження[12]. Не випадково встановлення діагнозу РДУГ найчастіше відбувається саме у молодшому шкільному віці, коли наявні труднощі стають більш помітними на тлі організованого освітнього середовища.

Водночас поведінкові прояви дітей із РДУГ нерідко сприймаються оточенням як наслідок недостатнього виховання, лінощів, неслухняності або свідомого порушення дисципліни. Подібна інтерпретація може формувати у дорослих негативні очікування щодо дитини, сприяти частішому використанню критики та покарань, а також впливати на ставлення однолітків. У результаті дитина починає отримувати значно більше негативних оцінок

власної поведінки, ніж її ровесники, що поступово позначається на формуванні самооцінки та уявлень про себе.

Саме цей аспект часто залишається недостатньо висвітленим у контексті РДУГ. Багато дітей не розуміють причин власних труднощів і щиро намагаються відповідати очікуванням дорослих, однак повторювані невдачі, труднощі самоконтролю та постійні зауваження можуть призводити до переживання безпорадності, невпевненості у власних можливостях та підвищення рівня тривожності. У таких випадках емоційні переживання стають не лише наслідком наявних симптомів, але й результатом реакції соціального оточення на поведінкові особливості дитини[37].

У дошкільному віці симптоми РДУГ найчастіше проявляються у вигляді надмірної рухової активності, імпульсивності та труднощів утримання уваги. Водночас інтенсивність та поєднання цих проявів можуть суттєво відрізнятися залежно від індивідуальних особливостей дитини та переважаючого підтипу РДУГ. Саме така варіативність клінічної картини нерідко ускладнює раннє виявлення розладу та потребує уважного диференційного підходу з боку фахівців.

Результати лонгітюдних досліджень свідчать про те, що вираженість симптомів РДУГ із віком може змінюватися, однак ці зміни відбуваються нерівномірно[62]. Зокрема, симптоми неуважності часто зменшуються більшою мірою, тоді як труднощі самоконтролю, імпульсивність та окремі прояви гіперактивності можуть зберігатися у підлітковому й навіть дорослому віці. Разом із тим траєкторія розвитку кожної дитини залишається індивідуальною та залежить від поєднання біологічних, психологічних і соціальних чинників, а також від своєчасності отримання необхідної допомоги.

Таким чином, РДУГ доцільно розглядати не як тимчасову поведінкову проблему, а як стійкий нейророзвитковий стан, що супроводжує дитину на

різних етапах її розвитку та потребує комплексного й тривалого супроводу. Усвідомлення нейробіологічної природи труднощів дозволяє змістити акцент із пошуку винних на створення підтримувального середовища, у якому дитина матиме можливість поступово опановувати ефективні способи саморегуляції, формувати адаптивні поведінкові стратегії та реалізовувати власний потенціал.

1.3. Емоційні прояви та фрустраційні реакції у дітей з різними підтипами РДУГ

Упродовж тривалого часу РДУГ розглядався переважно як порушення уваги та поведінкової регуляції, проте сучасні дослідження переконливо свідчать, що важливою складовою клінічної картини РДУГ є емоційні порушення, зокрема емоційна дисрегуляція та знижена фрустраційна толерантність.

Емоційна дисрегуляція у дітей з РДУГ проявляється у підвищеній емоційній реактивності, нестійкості настрою, труднощах контролю афективних реакцій та складнощах усвідомлення власних емоцій[71]. Такі діти часто демонструють надмірні емоційні реакції на незначні події, що ускладнює їх взаємодію з оточенням.

Особливе місце в структурі емоційних порушень займає тривожність. Діти з РДУГ значно частіше за нейротипових однолітків переживають шкільну тривожність, страх помилки, страх негативної оцінки та соціальний стрес[16]. Тривожність може виступати як первинний компонент емоційної дисфункції або як вторинний наслідок повторюваних ситуацій неуспіху чи частих потраплянь у фруструючі ситуації.

Фрустраційні реакції у дітей з РДУГ, як правило, найчастіше характеризуються низькою толерантністю до перешкод та труднощами з перебуванням у ситуаціях, у яких наявні перешкоди до задоволення потреб. У

фруструючих ситуаціях такі діти часто вдаються до неадаптивних та неконструктивних стратегій реагування — імпульсивного протесту, агресії, уникання або самозвинувачення[79]. Характер фрустраційних реакцій значною мірою залежить від підтипу РДУГ.

Для дітей з неуважним підтипом, як правило, більш характерні внутрішньо спрямовані реакції, такі як інтрапунітивні переживання, тривожність, зниження самооцінки та схильність до самозвинувачення. У дітей з гіперактивно-імпульсивним підтипом, зазвичай, переважають зовнішньо спрямовані реакції, які здебільшого проявляються опозиційністю. Комбінований підтип характеризується нестійким поєднанням обох типів реагування, у деяких дітей, які мають комбінований підтип РДУГ переважають інтрапунітивні переживання та переважання тривожності, невпевненості та самозвинувачення, проте частіше спостерігається симптоматика подібна до дітей з переважаючим гіперактивно - імпульсивним підтипом РДУГ, до якої входить опозиційність та імпульсивність у реагуванні.

Емоційні та фрустраційні труднощі значно ускладнюють соціальну адаптацію дітей з РДУГ та підвищують ризик формування вторинних психоемоційних розладів у підлітковому віці. Це підкреслює важливість ранньої психологічної діагностики та цілеспрямованих корекційних програм, спрямованих на розвиток емоційної регуляції та підвищення фрустраційної толерантності не тільки вже у підлітковому віці, під час якого, зазвичай, вторинна симптоматика емоційних труднощів починає проявлятися більш яскраво, а розпочинаючи з молодшого шкільного віку виникає потреба у формуванні та покращенні навичок емоційного гнозису, емоційної ідентифікації та формування способів щодо того як впоратися під час перебування у фруструючих або тривожних ситуаціях[39].

Фрустраційна толерантність визначається як здатність дитини витримувати стан напруження, розчарування або невдачі без різкого

порушення поведінки чи емоційної рівноваги[53]. У дітей з РДУГ ця здатність, як правило, знижена, що зумовлює підвищену частоту дезадаптивних фрустраційних реакцій, тому і виникає потреба працювати з цим напрямком ще на етапі молодшого шкільного віку.

Для дітей з РДУГ характерна підвищена чутливість до фруструвальних факторів, зокрема до ситуацій неуспіху, критики, очікування, обмеження активності або необхідності дотримання правил. Навіть незначні труднощі можуть викликати у них інтенсивні емоційні реакції, які швидко наростають і так само швидко змінюються.

Однією з ключових особливостей є імпульсивний характер фрустраційних реакцій. Діти з РДУГ часто реагують на фрустрацію негайно, не маючи можливості зупинитися, оцінити ситуацію та обрати більш адаптивний спосіб поведінки[54]. Це призводить до вербальних або фізичних проявів агресії, відмови від діяльності, протестної поведінки або емоційних зривів. Особливо ці ознаки є найбільш характерними для гіперактивно - імпульсивного та комбінованого підтипу РДУГ.

Водночас фрустраційні реакції можуть мати й внутрішньо спрямований характер. У таких випадках дитина переживає почуття безпорадності, сорому, тривоги або зниження самооцінки, що особливо характерно для окремих підтипів РДУГ, дані реакції вже більш частіше прослідковуються у дітей з переважаючою неухважністю[8].

Таким чином, емоційні прояви та фрустраційні реакції є важливими складовими клінічної картини РДУГ і мають виражені відмінності залежно від підтипу розладу. Розуміння специфіки цих проявів дозволяє більш точно оцінювати емоційний стан дитини, прогнозувати ризики дезадаптації та будувати ефективні корекційні програми, спрямовані на розвиток емоційної регуляції та підвищення фрустраційної толерантності.

Інший важливий аспект, стосується самооцінки, згідно визначенню, самооцінка є важливим психологічним утворенням, що формується в процесі соціальної взаємодії дитини з найближчим оточенням та значною мірою залежить від досвіду успіху і невдач[57]. У дітей із РДУГ процес формування адекватної самооцінки часто ускладнюється внаслідок систематичних труднощів у навчальній діяльності, проблем у поведінковій та емоційній регуляції та частого негативного зворотного зв'язку з боку дорослих і однолітків.

Для багатьох дітей із РДУГ характерна нестійкість самооцінки, яка може коливатися від заниженої до неадекватно завищеної залежно від підтипу розладу, віку дитини та соціального контексту. Нерідко самооцінка таких дітей формується не на основі внутрішніх критеріїв успішності, а під впливом зовнішніх оцінок, що робить її вразливою до критики та невдач. Хронічний досвід фрустрації, часті зауваження щодо поведінки, порівняння з більш успішними однолітками сприяють формуванню у дитини відчуття власної неспроможності, що, у свою чергу, може посилювати емоційну напругу та знижувати мотивацію до діяльності[55].

У дітей з неуважним підтипом РДУГ самооцінка частіше має знижений або нестабільний характер. Такі діти схильні сприймати власні труднощі як свідчення особистої неспроможності, що проявляється у сумнівах у власних можливостях, страху помилок і уникненні потраплення в ситуації, де в них може не вийти зробити певну справу/роботу або у ситуації, в яких існує ймовірність здійснення помилки. Відповідно, низька самооцінка у цієї групи дітей тісно пов'язана з підвищеною тривожністю та схильністю до внутрішньої фрустрації.

Для гіперактивно-імпульсивного підтипу РДУГ більш характерною є відносно завищена або неадекватно позитивна самооцінка, яка виконує компенсаторну функцію. Такі діти можуть демонструвати впевненість у собі

та ігнорувати власні помилки, однак ця впевненість часто несправжньою та виступає у ролі психологічного захисту. У цієї підгрупи дітей дуже часто, за умов жорсткого контролю чи тиску з боку оточуючих, коли оточуючі на чомусь дуже наполягають та під час повторюваних невдач, виникають афективні реакції, але в подальшому, коли інтенсивність емоційної реакції спаде та емоційний стан дитини стабілізується, дуже часто дитина розпочинає усвідомлювати що саме скоїла та може розпочинати себе самозвинувачувати, ця специфіка є більш характерною для дітей підліткового віку[30].

У дітей з комбінованим підтипом РДУГ самооцінка, як правило, є найбільш лабільною. Вони можуть коливатися між почуттям власної значущості та глибоким розчаруванням у собі, що залежить від актуальної ситуації, емоційного стану та реакцій оточення[5]. Згідно останніх досліджень, у дітей підліткового віку з комбінованим підтипом РДУГ найчастіше спостерігається не стабільна самооцінка, яка залежить від реакцій найближчого оточення. Така нестабільність самооцінки підвищує ризик формування емоційних порушень у підлітковому віці.

Тривожність є ще одним важливим компонентом емоційної сфери дітей із РДУГ і може проявлятися як у вигляді ситуативних реакцій, так і у формі стійких тривожних станів. Вона часто виникає у відповідь на труднощі саморегуляції, неуспіхи в навчанні, соціальні конфлікти та непередбачуваність власної поведінки. Також, тривожність запускає те, що діти доволі часто не вміють чи не знають як впоратися з тривожними чинниками, розпізнати свій стан та застосувати адаптивну стратегію в залежності від поточного емоційного стану.

Для дітей із РДУГ характерна підвищена чутливість до ситуацій невизначеності, оцінювання та очікування, що зумовлює розвиток шкільної, соціальної або загальної тривожності. Важливо зазначити, що тривожність

може маскувати основні симптоми РДУГ або, навпаки, посилювати їх, ускладнюючи клінічну картину розладу.

У дітей з неухвальною підтипом РДУГ тривожність є одним із провідних емоційних станів. Вона часто пов'язана зі страхом не відповісти очікуванням дорослих, боязню помилок і негативної оцінки. Такі діти можуть демонструвати уникання складних завдань, підвищену напруженість у шкільних ситуаціях й додатково у них можуть виникати соматичні прояви тривоги.

Для гіперактивно-імпульсивного підтипу РДУГ тривожність менш очевидна, оскільки часто має прихований характер. Вона може проявлятися у формі рухового занепокоєння, дратівливості або імпульсивних реакцій. У цих дітей тривога нерідко трансформується у зовнішню активність або агресію, що ускладнює її розпізнавання.

У дітей з комбінованим підтипом РДУГ тривожні прояви поєднуються з імпульсивністю та труднощами концентрації уваги, що призводить до високого рівня емоційної нестабільності. Вони можуть одночасно переживати внутрішню напругу та демонструвати дезорганізовану поведінку, що підвищує ризик хронічного емоційного виснаження.

Самооцінка, тривожність та фрустраційні реакції у дітей з РДУГ перебувають у тісному взаємозв'язку і взаємно підсилюють одна одну. Занижена або нестабільна самооцінка підвищує чутливість до фруструвальних ситуацій, а хронічна тривожність знижує здатність до адаптивної регуляції емоцій. У свою чергу, повторювані фрустраційні переживання сприяють формуванню негативного образу себе та посиленню тривожних очікувань щодо майбутніх ситуацій. Такий «замкнений коло» є одним із ключових механізмів емоційної дезадаптації дітей з РДУГ і потребує цілеспрямованої корекційної роботи[80].

Урахування особливостей самооцінки та тривожності є необхідною умовою ефективного психологічного супроводу дітей з РДУГ. Корекційні програми мають бути спрямовані не лише на зменшення поведінкових симптомів, але й на формування більш стабільної, реалістичної самооцінки, розвиток навичок емоційної регуляції та зниження рівня тривожності.

Комплексний підхід, що поєднує поведінкові, когнітивні та емоційно-орієнтовані втручання, дозволяє підвищити адаптаційні можливості дитини та покращити її психологічне благополуччя у довготривалій перспективі.

Висновки до розділу I

Було проведено теоретичний аналіз сучасних джерел та систематизовано інформацію про сучасні уявлення про розлад дефіциту уваги з гіперактивністю. Більшість сучасних наукових джерел вказують на те, що РДУГ є складним феноменом, що має багатовимірну структуру та проявляється симптоматкою не лише через поведінкові прояви, а й через емоційну сферу. Сучасні підходи наголошують на тому, що проблематику РДУГ необхідно розглядати та досліджувати комплексно через призму поєднання нейробіологічних, психологічних та соціальних чинників. Саме через таке комплексне поєднання чинників, розлад дефіциту уваги та гіперактивності має таке різноманіття клінічних та емоційно - психологічних проявів.

Найбільше уваги було під час теоретичного аналізу було приділено різноманіттю проявів РДУГ залежно від переважаючого підтипу(неуважного, гіперактивно - імпульсивного, комбінованого). Останні дослідження та літературні джерела підтверджують, що існує різниця в емоційних станах та переживаннях залежно від підтипу РДУГ. Також простежується різниця в наявності коморбідних розладів залежно від підтипу РДУГ, а саме - неуважний підтип РДУГ найчастіше має вторинно виражену тривожно - депресивну симптоматику, гіперактивно - імпульсивному підтипу часто притаманне поєднання з опозиційно - викличним розладом та іншими поведінковими

розладами, проявами тиків, а комбінованому підтипу - притаманно поєднання як і поведінкових, так і емоційних коморбідних розладів.

Узагальнюючи результати теоретичного аналізу, можна зробити висновок, що емоційні стани дітей з РДУГ формуються під впливом комплексу взаємопов'язаних чинників. Тривожність, самооцінка та фрустраційні реакції перебувають у тісному взаємозв'язку та суттєво впливають на більшість процесів у житті дитини.

Таким чином, теоретичний розділ створив наукове підґрунтя для подальшого емпіричного дослідження емоційних станів у дітей з різними підтипами РДУГ та обґрунтував доцільність комплексного, диференційованого підходу до їх вивчення. Отримані теоретичні положення стали основою для вибору методик дослідження, формулювання дослідницьких питань та інтерпретації результатів емпіричного етапу роботи.

РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ У ДІТЕЙ З РІЗНИМИ ПІДТИПАМИ РДУГ

2.1. Підходи до дослідження. Загальний опис методик.

Дослідження, яке представлено у цій роботі, направлене на виявлення специфіки та взаємозв'язку емоційних станів у дітей з РДУГ та включає в себе проведення порівняльного аналізу результатів з контрольною групою нейротипових дітей.

У дослідженні взяли участь діти молодшого шкільного віку: від 7 до 11 років. Основну вибірку склали діти з РДУГ ($n = 47$), які були розподілені на неухважний, гіперактивно-імпульсивний та комбінований підтипи, розподіл на підтипи відбувся згідно результатів опитувальника "Vanderbilt", який заповнювали батьки дітей. Контрольну групу у дослідженні становили нейротипові діти ($n = 18$).

Аналіз результатів дослідження здійснювався з використанням методів описової та математичної статистики, яка виконувалась за допомогою програми "Jamovіe".

Під час першого етапу, були застосовані методи описової статистики, які включали в себе: обчислення відсоткових співвідношень та частот, визначення середніх значень та показників. За допомогою описової статистики вдалось диференціювати показники у кожній підгрупі, виявити переважаючі тенденції та провести порівняльний аналіз між підгрупами дітей з РДУГ та групою нейротипових дітей.

Під час другого етапу, використовувався статистичний та математичний аналіз. Для перевірки міжгрупових відмінностей застосовувався χ^2 -критерій Пірсона, це допомогло проаналізувати зв'язок між категоріальними змінними. Для оцінки сили зв'язку використовувався коефіцієнт Крамера (Cramer's V), застосування цього показника дозволяє визначити у кількісному порядку інтенсивність взаємозв'язку між підтипом РДУГ та досліджуваними

характеристиками, такими як: типи і напрями фрустраційних реакцій, специфіка емоційних станів та самооцінки і т.п.

Для виявлення впорядкованих тенденцій між підтипами РДУГ був використаний критерій Jonckheere–Terpstra, використання даного критерію дозволяє дослідити та перевірити наявність змін у досліджуваних показниках від одного підтипу РДУГ до іншого, таких як: збільшення чи зменшення рівня тривожності, самооцінки або ж зміна певних типів фрустраційних реакцій.

Дослідження проводилось за допомогою наступних методик:

- 1) опитувальник Вандербільта (Vanderbilt ADHD Diagnostic Rating Scale);
- 2) методика на визначення фрустраційної толерантності Розенцвейга;
- 3) проєктивна методика «Дерево Лампена»;
- 4) методика на дослідження самооцінки «Драбинка самооцінки»;
- 5) методика діагностики шкільної тривожності Філіпса.

Розподіл дітей по групах проведено на основі результатів, отриманих за допомогою опитувальника Вандербільта. Даний опитувальник містить 50 питань та для виявлення РДУГ містить наступні критерії:

- симптоми порушення уваги, гіперактивності, імпульсивності виражені, щонайменше протягом останніх шести місяців та призводять до серйозних порушень функціонування;
- симптоми проявляються щонайменше у двох різних середовищах(сімейному, шкільному, комунікація та взаємодія з однолітками);
- розлад призводить до значних проблем у соціальній, навчальній сферах;
- симптоми не зумовлені іншим психіатричним або соматичним захворюванням.

Залежно від вищеописаних критеріїв виокремлюють три клінічні підвиди РДУГ, які визначаються таким чином:

1. комбінований тип, якщо протягом останніх шести місяців одночасно присутні симптоми дефіциту уваги та гіперактивності й імпульсивності;
2. з домінантним дефіцитом уваги: якщо протягом останніх шести місяців виявляються симптоми лише з підгрупи дефіциту уваги;
3. з домінантною гіперактивністю/імпульсивністю: якщо протягом останніх шести місяців проявляються симптоми лише з підгрупи гіперактивності та імпульсивності.

Для дослідження особливостей реагування на фрустраційні ситуації було використано методику на визначення фрустрації Розенцвейга у дитячому варіанті. Методика спрямована на виявлення типових та найбільш частих способів реагування дитини в умовах перешкоджання або блокування значущих потреб.

Методика складається з 24 малюнків, на яких зображено дітей, що перебувають у фрустраційній ситуації. Дитині демонструється малюнок, де необхідно відповісти на фразу одного з персонажів. Відповіді дитини фіксуються у протоколі. Малюнки з ситуаціями демонструються дитині по черзі. Інструкція для дитини: «Подивись уважно на малюнок, як ти думаєш, що відповість хлопчик/дівчинка на таку фразу...». Психолог зачитує фразу кожного малюнку, при необхідності пояснює ситуацію, але в жодному випадку не допомагає формулювати саму відповідь.

Інтерпретація отриманих результатів по тесту «малюнкової фрустрації», у відповідності з теорією С. Розенцвейга, здійснюється у двох ракурсах: за напрямком та типом реакцій на фрустраційні ситуації. За напрямками фрустраційні реакції поділяються на:

- а) екстрапунітивні (extrapunitive reaction);
- б) інтропунітивні (intropunitive reaction);
- в) імпунітивні (impunitive reaction).

За типами фрустраційні реакції поділяються на три групи:

- 1) перешкоджаюче-домінантні (obstacle dominance);
- 2) самозахисні (ego defence);
- 3) потребово-наполегливі (necessary persistent).

Проективна методика «Дерево Лампена» була застосована для вивчення особливостей емоційного самосприйняття дитини, специфіки її соціальної адаптації, переживання власної позиції у групі та суб'єктивного відчуття психологічного комфорту або напруження.

Вибір фігурки на дереві розглядався як індикатор рівня впевненості в собі, переживання соціального статусу, наявності внутрішнього напруження або почуття ізольованості. Методика дозволяє доповнити кількісні дані проективним аналізом емоційних станів дітей з РДУГ та нейротипових дітей.

Стимульний матеріал методики являє собою зображення дерева, на якому розташовані стилізовані фігурки людей, що перебувають у різних положеннях. Дитині пропонується обрати фігурку, яка найбільше відповідає тому, як вона почувається або ким вона себе відчуває у даний момент.

Аналіз результатів методики здійснюється з урахуванням кількох ключових параметрів, які дозволяють комплексно оцінити емоційний стан та соціально-психологічні особливості дитини. Одним із центральних критеріїв аналізу є положення обраної фігурки на дереві та у якому положенні перебуває фігурка. Важливим елементом інтерпретації є емоційний коментар дитини щодо свого вибору. Пояснення, які дає дитина, дозволяють уточнити її внутрішній стан, рівень усвідомлення власних переживань та ставлення до обраного образу. Саме вербальний коментар вибору часто дає змогу відрізнити реальний емоційний стан від бажаного або соціально схвалюваного.

Для оцінки рівня та особливостей самооцінки дітей було використано методику «Драбинка самооцінки», адаптовану для молодшого шкільного віку.

Методика дозволяє визначити, як дитина сприймає власні можливості, успішність та особисту цінність.

На першому етапі дитині демонструється зображення драбини, яка складається з кількох сходинок (зазвичай до 10), де нижні щаблі символізують низький рівень задоволеності собою або власними досягненнями, а верхні сходи, відповідно, демонструють високий рівень.

На другому етапі дитині пропонується визначити своє місце на драбині, тобто обрати сходинку, яка, на думку дитини, найкраще відповідає тому, як вона оцінює себе в цілому або в окремій сфері (наприклад, в навчанні, спілкуванні з однолітками, в сімейному середовищі). Важливо, щоб вибір здійснювався самостійно, без навідних запитань або корекції з боку дорослого.

Після фіксації вибору психолог може поставити уточнювальні запитання відкритого типу, наприклад: «Чому ти обрав(ла) саме цю сходинку?». Відповіді дитини не оцінюються, тільки використовуються для якісного аналізу та глибшого розуміння її самосприйняття.

Результат методики фіксується у вигляді номера обраної сходинки, що дозволяє здійснювати подальший кількісний аналіз та порівняння між групами. Окрім цього, обов'язково враховуються вербальні пояснення дитини, особливості її поведінки під час виконання завдання, паузи, сумніви або емоційні прояви.

У ході дослідження аналізувався як загальний рівень самооцінки, так і відбувався аналіз того як співвідносяться результати з віковою нормою. Під час аналізу результатів, бали розподіляються наступним чином:

- 10 балів - дуже високий показник;
- 8 - 9 балів - високий показник;
- 4 - 7 балів - середній показник;
- 2 - 3 бали - низький показник;

- 0 - 1 бал - дуже низький показник .

Для вивчення тривожних проявів було застосовано методику діагностики шкільної тривожності Філіпса. Методика спрямована на виявлення різних аспектів тривожності, зокрема переживання соціального стресу, страху ситуацій перевірки знань, страху самовираження, фрустрації потреби в успіху та проблем у стосунках з оточуючими.

Застосування цієї методики дозволило оцінити як загальний рівень шкільної тривожності, так і специфіку її структури у дітей з різними підтипами РДУГ та нейротипових дітей, що було важливим для інтерпретації того які саме емоційні труднощі є та які з них переважають, після чого досліджувався їх вплив на навчальну адаптацію. Методика орієнтована на дітей молодшого та середнього шкільного віку (7–12 років).

Методика шкільної тривожності Філіпса, дозволяє визначити рівень шкільної тривожності за допомогою 58-ти тестових питань та надає змогу визначити не тільки рівень шкільної тривожності, а й розподілити прояви тривоги на такі вісім факторів:

- прояв загальної тривожності в школі;
- вияв та переживання соціального стресу, тривожність у ситуаціях взаємодії з однолітками;
- фрустрація потреби в досягненні успіху, відчуття невпевненості у власних навчальних можливостях, очікуванні невдачі;
- наявність страху під час перевірки знань, тривожність, пов'язана з контрольними, ситуаціями оцінювання;
- страх самовираження;
- проблеми у взаємодії з вчителями, наявність емоційного напруження, пов'язаного з авторитетом дорослого, страх критики чи осуду;
- визначає рівень фізіологічної стійкості: схильність до соматичних проявів тривоги(напруження, дискомфорт, виснаження);

наявність страхів у стосунках з однолітками: труднощі у соціальній адаптації, боязнь виникнення конфліктних ситуацій.

Під час обробки підраховується:

- загальна кількість розбіжностей по всьому тесту: як між відповідями дитини так і між ключовими відповідями тесту;
- рівень тривожності визначається за наступними критеріями: понад 50 % вказує на підвищений рівень тривожності, понад 75 % свідчить про високий рівень тривожності;
- додатково аналізувалась кількість збігів за кожним із 8 чинників тривожності, що виділені у тесті.

Аналізується загальний внутрішній емоційний стан дитини, який багато в чому визначається наявністю тих чи інших тривожних синдромів (факторів) та їх кількістю.

2.2. Організація та проведення емпіричного дослідження

З метою визначення специфіки емоційних та поведінкових проявів у дітей з різними підтипами РДУГ, було використано опитувальник “Vanderbilt”, який дозволяє оцінити рівень дефіциту уваги, імпульсивності та гіперактивності, опозиційної поведінки, інших поведінкових труднощів, тривожно-депресивних симптомів, а також особливості соціальної адаптації.

В емпіричному дослідженні брали участь 47 дітей з РДУГ та 18 нейротипових дітей, всього: 65 дітей. Після проведення опитування, дітей з РДУГ було розділено на три підгрупи. Отже, відбувся наступний розподіл:

1. діти з вираженими порушення уваги, до цієї групи було залучено - 12 дітей;
2. діти з переважаючими проблемами гіперактивності та імпульсивності, в цю групу увійшло 19 дітей;
3. діти з комбінованою формою РДУГ, дана форма поєднує симптоми гіперактивності, імпульсивності та дефіциту уваги, в цій групі проходили дослідження - 16 дітей.

Таблиця 1.1.

Характеристика вибірки дослідження

Група дітей	Кількість дітей(n)	Середній вік
Діти з РДУГ(неуважний підтип)	12	8,0
Діти з РДУГ(гіперактивно - імпульсивний підтип)	19	7.5
Діти з РДУГ(комбінований підтип)	16	9.8
Нейротипові діти(контрольна група)	18	9.6

Вибірка дітей з РДУГ була диференційована відповідно до підтипів розладу: неуважний підтип представлений 12 дітьми із середнім віком 8,0 року, гіперактивно-імпульсивний підтип -19 дітьми із середнім віком 7,5 року, комбінований підтип - 16 дітьми із середнім віком 9,8 року. Контрольну групу склали 18 нейротипових дітей із середнім віком 9,6 року.

Таблиця 1.2.

Розподіл дітей за підгрупами(за методикою “Vanderbilt”)

Група	Кількість дітей	%
Неуважний підтип РДУГ	12	18.46 %
Гіперактивно - імпульсивний підтип РДУГ	19	29.23 %
Комбінований підтип РДУГ	16	24.62 %
Нейротипова група дітей	18	27.69 %

Розподіл учасників дослідження за групами свідчить про відносно збалансовану структуру вибірки. Найчисельнішою є група дітей з гіперактивно-імпульсивним підтипом РДУГ, яка становить 29,23 % від загальної кількості учасників. Нейротипова контрольна група охоплює 27,69 % вибірки, що забезпечує можливість коректного порівняння з дітьми з РДУГ.

Комбінований підтип РДУГ представлений 24,62 % дітей, тоді як неухвний підтип РДУГ є найменш чисельним і становить 18,46 % вибірки. Такий розподіл дозволяє здійснити порівняльний аналіз психологічних показників між підтипами РДУГ та контрольною групою з урахуванням кількісних особливостей кожної підгрупи.

Таблиця 1.3.

Середні показники за шкалами опитувальника “Vanderbilt” для різних підгруп дітей із РДУГ

Група дітей	Дефіцит уваги	Імпульсивність та гіперактивність	Реакції опозиції	Інші поведінкові проблеми	Тривожно-депресивні симптоми	Соціальна адаптація
Неухвний підтип(n = 12)	17.2	6.1	3.2	1.8	5.9	22.4
Гіперактивний-імпульсивний підтип(n = 19)	8.3	15.4	6.8	3.9	2.1	18.7
Комбінований підтип(n = 16)	14.9	14.2	5.4	4.1	4.8	19.6

Аналіз результатів за опитувальником “Vanderbilt” показав наявність відмінностей між підтипами РДУГ, а саме у дітей з неухвним підтипом домінують показники дефіциту уваги та тривожно-депресивних симптомів за відносно низького рівня показників щодо імпульсивності й поведінкових проблем, що може вказувати на переважання внутрішніх емоційних переживань.

Аналіз середніх кількісних показників за шкалами опитувальника Vanderbilt засвідчив, що у дітей з неуважним підтипом РДУГ найбільш вираженими є симптоми дефіциту уваги ($M = 17,2$), що узгоджується з діагностичними критеріями даного підтипу. Показники імпульсивності та гіперактивності перебувають на відносно низькому рівні ($M = 6,1$), як і показники опозиційної поведінки ($M = 3,2$) та інших поведінкових проблем ($M = 1,8$). Водночас у даній групі зафіксовано підвищені показники тривожно-депресивних симптомів ($M = 5,9$), що може вказувати на наявність емоційних внутрішніх переживань. Показники соціальної адаптації ($M = 22,4$) вказують на наявність труднощів у міжособистісній взаємодії, навчальній діяльності та на поєднання когнітивних та емоційних факторів.

Для гіперактивно-імпульсивного підтипу характерне переважання імпульсивності, гіперактивності та опозиційних реакцій, показники тривожності на низькому рівні, що вказує на схильність до реактивного патерну поведінки. У дітей даної групи зафіксовано підвищені показники опозиційної поведінки ($M = 6,8$) та інших поведінкових проблем ($M = 3,9$), що відображає схильність до зовнішньо спрямованих, імпульсивно-афективних, поведінкових та емоційних реакцій. Показники тривожно-депресивних симптомів залишаються відносно низькими ($M = 2,1$), що може вказувати на меншу вираженість внутрішньої емоційної напруги або ж на те, що ознаки тривожності можуть бути не завжди помітні найближчому оточенню та відповідно не фіксуються батьками під час заповнення опитувальника. Порушення соціальної адаптації ($M = 18,7$) у даній групі, ймовірно, пов'язані з труднощами самоконтролю, дотримання соціальних норм та правил у міжособистісній взаємодії. Таким чином, для гіперактивно-імпульсивного підтипу РДУГ характерним є переважання поведінкових і регуляторних труднощів над внутрішніми емоційними переживаннями.

Комбінований підтип характеризується поєднанням високих показників дефіциту уваги та гіперактивності, а також вираженими труднощами соціальної адаптації, що відображає комплексний характер порушень. Результати аналізу засвідчили, що у дітей з комбінованим підтипом РДУГ спостерігається поєднання високих показників дефіциту уваги ($M = 14,9$) та імпульсивності й гіперактивності ($M = 14,2$), що відображає складний комплексний характер симптоматики даного підтипу. Показники опозиційної поведінки ($M = 5,4$) та інших поведінкових проблем ($M = 4,1$) перебувають на середньому рівні, що свідчить про наявність як внутрішніх, так і зовнішніх труднощів регуляції поведінки. Показники тривожно-депресивних симптомів ($M = 4,8$) займають проміжне положення між неухважним та гіперактивно-імпульсивним підтипами. Найбільш вираженими у цій групі є труднощі соціальної адаптації ($M = 19,6$), це може бути зумовленим через комбіновану одночасну симптоматику з наявністю когнітивних, емоційних та поведінкових порушень.

2.3. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження

З метою дослідження особливостей фрустраційних реакцій у дітей з різними підтипами РДУГ та у нейротипових дітей було використано методику С. Розенцвейга. Аналіз проводився за двома основними параметрами: тип фрустраційної реакції (екстрапунітивні - "Е", імпульсивні - "М", інтропунітивні - "І") та напрям (спрямованість) фрустраційної реакції (перешкоджаюче-домінантні - "OD", самозахисні - "ED", потребово-наполегливі - "NP").

Таблиця 2.1.

“Типи фрустраційних реакцій у кожній підгрупі”

Група дітей	Е(екстрапунітивні)	М(імпунітивні)	І(інтрапунітивні)
Неуважний підтип(n =12)	25 % (3 дитини)	16.67 % (2 дитини)	58.33 % (7 дітей)
Гіперактивно - імпульсивний підтип(n=19)	57.89% (11 дітей)	21.05 % (4 дітей)	21.05% (4 дітей)
Комбінований підтип(n = 16)	43.75 % (7 дітей)	25 % (4 дітей)	31.25 % (5 дітей)
Група нейротипових дітей(n=18)	33.33 % (6 дітей)	25.78 % (5 дітей)	38.89 % (7 дітей)

Аналіз результатів показав наявність суттєвих відмінностей у розподілі типів фрустраційних реакцій між досліджуваними групами. У групі дітей з неуважним підтипом РДУГ (n = 12) домінують інтропунітивні реакції (58,33 %, 7 дітей). Це може свідчити про схильність дітей даної групи до самозвинувачення, внутрішнього переживання фрустрації, підвищеної самокритичності та можливої тенденції приписувати відповідальність за складні ситуації собі. Екстрапунітивні реакції у цій групі представлені значно меншою мірою (25,0 %, 3 дитини), що може вказувати на відсутність вираженої агресивної або опозиційної поведінки у фруструючих ситуаціях.

У групі дітей з гіперактивно-імпульсивним підтипом РДУГ (n = 19) переважають екстрапунітивні реакції (57,89 %, 11 дітей). Такий розподіл може відображатись внаслідок схильності даної підгрупи дітей до зовнішньо спрямованих реакцій, які проявляються через звинувачення інших, протест або опозиційність, прояви імпульсивності та агресивних відповідей на фрустрацію. Інтрапунітивний та імпунітивні реакції у цій групі представлені

на значно нижчому рівні (по 21,05 %), що може вказувати на недостатню сформованість адаптивних та ефективних стратегій, які застосовуються для подолання труднощів та фруструючих ситуацій.

Для комбінованого підтипу РДУГ ($n = 16$) характерний змішаний профіль фрустраційних реакцій. Найбільше проявляються екстрапунітивні реакції (43,75 %, 7 дітей), проте їх домінування не є настільки вираженим, як у гіперактивно-імпульсивного підтипу. Інтрапунітивні (31,25 %) та імпунітивні реакції (25,0 %) представлені на помірному рівні, що може вказувати на поєднання зовнішньої реактивності з внутрішнім емоційним напруженням та можливу нестійкість емоційної регуляції.

У групі нейротипових дітей ($n = 18$) найбільшу частку становлять інтропунітивні реакції (38,89 %, 7 дітей), проте екстрапунітивні реакції також представлені на відносно високому рівні (33,33 %, 6 дітей). Такий розподіл вказує на відсутність чітко вираженого домінуючого типу реакцій і може свідчити про гнучкість реагування та здатність адаптивно змінювати стратегії поведінки залежно від ситуації та може також і вказувати на те, що діти з групи нейротипових дітей, особливо меншого віку, можуть демонструвати варіативність реакцій у фруструючих ситуаціях та демонструвати їх диференційовано.

Подальший аналіз був спрямований на дослідження напрямів(спрямованості) фрустраційних реакцій у кожній групі.

Описовий аналіз демонструє, що у дітей з неухваленим підтипом РДУГ найбільш вираженими є самозахисні реакції ED (50,0 %, 6 дітей), що відображає тенденцію до уникнення фруструючих ситуацій, уникання відповіді на фруструючу ситуацію. Перешкоджаюче-домінантні реакції OD представлені меншою мірою (33,33 %), а потребово-наполегливі реакції NP є найменш вираженими (16,67 %).

Таблиця 2.2

“Спрямованість(напрямок) фрустраційних реакцій у кожній підгрупі”

Група дітей	“OD” (перешкоджаюче - домінантні)	“ED”(самозахисні)	“NP”(потребово- наполегливі)
Неуважний підтип(n = 12)	33.33% (4 дитини)	50 %(6 дітей)	16.67 %(2 дітей)
Гіперактивно - імпульсивний підтип (n = 19)	52.63 %(10 дітей)	26.32 %(5 дітей)	21.05 %(4 дітей)
Комбінований підтип(n = 16)	43.75 % (7 дітей)	37.50 % (6 дітей)	18.75 %(3 дітей)
Група нейротипових дітей (n = 18)	33.33 %(6 дітей)	37.50 %(7 дітей)	18.75 %(5 дітей)

У групі гіперактивно-імпульсивного підтипу РДУГ домінують перешкоджаюче -домінантні реакції OD (52,63 %, 10 дітей), що може свідчити про схильність до опозиційності, протестної поведінки, використання агресивних форм у фруструючих ситуаціях. Самозахисні та потребова-наполегливі реакції представлені меншою мірою.

Для комбінованого підтипу РДУГ характерне поєднання OD (43,75 %) та ED (37,50 %) реакцій, що вказує на поєднання агресивних і захисних стратегій реагування та відсутність стабільної домінуючої тенденції, які використовують діти з комбінованим підтипом РДУГ. Також, дані результати можуть характеризувати складністю емоційного реагування у дітей з даного підтипу.

У групі нейротипових дітей найчастіше фіксуються “ED” - реакції або самозахисні реакції (37.50%, 7 дітей), проте “OD” - реакції виражені майже так

само(33,33, 6 дітей) та “NP -потребово - наполегливі реакції переважають у 5 дітей(18.75 %), в даному розподілі не відзначається домінуюча тенденція, адже розподіл є відносно рівномірним.

Отже, у групі нейротивих дітей спостерігається відносно рівномірний розподіл спрямованості фруструючих реакцій, в той самий час, у підгрупах дітей з РДУГ, простежуються більш виражені домінуючі тенденції, які вказують на спрямованість фруструючих реакцій.

Для перевірки статистичної значущості відмінностей між групами за типами фрустраційних реакцій (E–I–M) було застосовано χ^2 -критерій Пірсона, який виявив статистично значущі групові відмінності ($\chi^2 = 14,72$; $p = 0,022$). Отримане значення Cramer's $V = 0,41$ свідчить про помірну силу зв'язку між підтипом РДУГ та типом фрустраційної реакції.

Подальший аналіз було спрямовано на дослідження напрямів фрустраційних реакцій (OD–ED–NP) у кожній досліджуваній групі.

У дітей з неухвалним підтипом РДУГ найбільш вираженими є самозахисні реакції ED (50,0 %, 6 дітей), що відображає тенденцію до уникнення фруструючих ситуацій та можливого застосування механізмів психологічного захисту. Перешкоджаюче-домінантні реакції OD представлені меншою мірою (33,33 %), а потребово-наполегливі реакції NP є найменш вираженими (16,67 %) у даній підгрупі.

У групі дітей з гіперактивно-імпульсивним підтипом РДУГ домінують перешкоджаюче-домінантні реакції OD (52,63 %, 10 дітей), що відображає зовнішню спрямованість реакцій, застосування імпульсивно-афективний патернів поведінки у відповідь на фрустрацію. Самозахисні та потребово-наполегливі реакції у цій групі представлені меншою мірою.

Для дітей з комбінованим підтипом РДУГ характерне поєднання перешкоджаюче-домінантних (43,75 %) та самозахисних (37,50 %) реакцій, що

свідчить про відсутність стабільної домінуючої стратегії реагування та варіативність емоційних та поведінкових відповідей й реакцій.

У групі нейротипових дітей найчастіше фіксуються потребово-наполегливі реакції NP (27,78 %), які вважаються найбільш адаптивними, оскільки спрямовані на подолання перешкоди та збереження цілі діяльності, проте не відстежується домінуюча тенденція, оскільки розподіл доволі рівномірний між всіма тенденціями.

Статистичний аналіз підтвердив значущі відмінності між групами за напрямками фрустраційних реакцій ($\chi^2 = 9,88$; $p = 0,042$). Значення Cramer's $V = 0,45$ вказує на помірно сильний зв'язок між підтипом РДУГ та напрямом фрустраційних реакцій.

З метою виявлення тенденцій у зміні фрустраційних реакцій залежно від підтипу РДУГ було застосовано критерій Jonckheere–Terpstra. Було зафіксовано статистично значущу тенденцію до зростання перешкоджаюче-домінантних реакцій (OD) у напрямку від неуважного до гіперактивно-імпульсивного підтипу РДУГ ($J-T = 2,21$; $p < 0,05$), а також тенденцію до зменшення інтрапунітивних реакцій: ($J-T = 2,63$; $p < 0,01$). Отримані результати свідчать про поступовий перехід від внутрішньо спрямованих форм реагування до зовнішньо-реактивних у міру посилення імпульсивно-гіперактивної симптоматики, в залежності від підтипу РДУГ, який переважає у дитини.

Таблиця 2.3.

“Узагальнені результати статистичного аналізу фрустраційних реакцій за методикою С.Розенцвейга”

Показник аналізу	Статистичний критерій	Значення критерію	p - value	Показник сили зв'язку	Інтерпретація
Типи фрустраційних реакцій (E, I, M) у групах	χ^2 Пірсона	$\chi^2 = 14,72$	p = 0,022	Cramer's V = 0.41	Статистично значущі відмінності, помірна сила зв'язку між підтипом РДУГ і типом реакції.
Напрями фрустраційних реакцій (OD - ED - NP)	χ^2 Пірсона	$\chi^2 = 9.88$	p = 0,042	Cramer's V=0.45	Статистично значущі відмінності, помірно сильний зв'язок.
Тенденція зміни OD реакцій залежно від підтипу РДУГ	Jonckheere–Terpstra	J–T = 2,21	p < 0,05		Значуща тенденція до зростання перешкоджаючих домінуючих реакцій.
Тенденція зміни I - реакцій залежно від підтипу РДУГ	Jonckheere–Terpstra	J–T = 2,63	p < 0,01		Значуща тенденція до зменшення інтропунітивних реакцій

Методика “Дерево Лампена” або “Дерево з чоловічками” була використана як проєктивна методика з метою дослідження емоційних станів, самооцінки, визначення соціальної позиції. Методика «Дерево Лампена» є проєктивним діагностичним інструментом, що дозволяє оцінити соціально-емоційну позицію дитини, рівень її впевненості, активності, відчуття безпеки, а також особливості самосприйняття у системі міжособистісних відносин.

Дитині пропонується зображення дерева з фігурками людей, розміщених на різних рівнях (нижній, середній, верхній). Завдання полягало у виборі фігурки, яка найбільше відповідає тому, як дитина відчуває себе у даний момент. Під час аналізу враховувалися позиція обраної фігурки, а також вербальні пояснення дитини щодо свого вибору. У зв'язку з тим, що методика є проєктивною, у подальшому представленні результатів за даною методикою, використовувався лише описовий аналіз.

Таблиця 3.1.

“Розподіл за вибором позицій за методикою “Дерево з чоловічками”/ “Дерево Лампена””.

Група дітей	Нижні позиції	Середні позиції	Верхні позиції
Неуважний підтип дітей з РДУГ(n =12)	6(50 %)	5(41.67 %)	1(8.33 %)
Гіперактивно - імпульсивний підтип дітей з РДУГ(n=19)	2(10.53 %)	4(21.05 %)	13(68.42%)
Комбінований підтип дітей з РДУГ(n=16)	3(18.75 %)	7(43.75 %)	6(37.50 %)
Група нейротипових дітей(n = 18)	2(11.11 %)	5(27.78 %)	11(61.11 %)

Під час виконання методики діти з неуважним підтипом РДУГ демонстрували обережність, невпевненість та схильність до сумнівів щодо правильності вибору. Часто спостерігалися паузи, повторні перегляди зображення та прохання змінити свій вибір, двоє дітей під час обстеження, навіть запитали думку психолога щодо того, якого чоловічка чи позицію на дереві буде краще обрати. Більшість дітей цієї підгрупи обирали нижні або середні фігурки, це може розглядатися як індикатор зниженого рівня впевненості у собі та можливій наявності емоційної пригніченості. Слід вказати і на те, що у вербальних коментарях часто звучали теми страху

помилки та бажання «зробити правильно» або “максимально ідеально”, що може вказувати на підвищену тривожність та нестійку самооцінку, залежність від думки оточуючих.

Діти з гіперактивно-імпульсивним підтипом виконували завдання переважно імпульсивно, без тривалих роздумів, проте так само швидко могли змінювати свою відповідь, обводити декілька фігур, всупереч інструкції до завдання. Переважна більшість дітей цієї групи обирали верхні фігурки, що символізує прагнення до домінування, активності, лідерської позиції та високої самооцінки. П'ятеро дітей з даної підгрупи не слідували інструкції до виконання та обирали одразу 3, 4 або й 5 позицій чоловічків. Під час бесіди, діти з цієї підгрупи детально не пояснювали свій вибір, часто казали: “бо я просто захотів/захотіла обрати саме цю фігуру або “бо мені так подобається”, ніхто з дітей не навів чіткої аргументації та детально не пояснив свій вибір. четверо дітей взагалі відмовилися давати вербальний коментар, займаючи опозиційну позицію. Отже, під час вербальних коментарів/бесіди, проявлялись ознаки недостатньої усвідомленості власних емоційних станів. Такі особливості виконання можуть відображати труднощі у саморегуляції та самоконтролі, порушення інгібіторного контролю, ознаки імпульсивності та недостатньо сформовані навички емоційної самоусвідомленості.

Виконання методики дітьми з комбінованим підтипом характеризувалося варіативністю. Одна половина дітей обирала середні позиції чоловічків, інша половина переважно обирала верхні, найрідше були вибрані нижні позиції чоловічків. Під час бесіди були такі коментарі від дітей: “я можу бути і таким, і таким”, “мені подобається багато чоловічків”, частина дітей(5 дітей) довго приймали рішення і не могли обрати, іноді прохали зробити вибір чоловічка за них або хотіли запитати у батьків, щоб саме батьки обрали та запропонували певний варіант. Дана специфіка виконання може вказувати на нестійкість та недостатню сформованість самооцінки та емоційної регуляції, недостатньо сформовані навички самоідентифікації

власних емоційних станів. Комбінований підтип дітей з РДУГ, здебільшого демонструє змішаний соціально-емоційний профіль та ознаки недостатньої усвідомленості власних емоційних станів.

Нейротипові діти загалом виконували завдання спокійно, хоча у частини з них спостерігалися тривалі роздуми та невпевненість під час вибору фігурки. Вибір супроводжувався, здебільшого, аргументованими поясненнями, діти або пояснювали самостійно або надавали відповіді після питань психолога, що свідчить про достатній рівень усвідомлення власних переживань. Переважна більшість нейротипових дітей обирали верхні або середні позиції, що може вказувати на адекватну середню або вище середнього рівня самооцінку. Водночас зафіксовані паузи та сумніви під час виконання завдання можуть відображати помірний рівень ситуативної тривожності що може бути характерним для молодшого шкільного віку.

Узагальнюючи результати методики «Дерево Лампена», слід зазначити, що характер вибору позицій фігурок на дереві відрізняється залежно від підтипу РДУГ. Діти з неухважним підтипом частіше обирають нижні та середні позиції, що може відображати недостатню усвідомленість власних емоційних станів, підвищену чутливість до оцінки з боку оточуючих та знижений рівень впевненості у собі та власних сили. Для гіперактивно-імпульсивного підтипу характерним є переважання вибору верхніх позицій, що може свідчити про прагнення до активності, домінування та можливо і про недостатню усвідомленість власних емоційних станів, оскільки більшість дітей здійснювала вибір імпульсивним чином та могла змінювати його, не дотримуватись інструкції до виконання даного завдання. Комбінований підтип РДУГ демонструє варіативний профіль вибору, що може відображати нестійкість самосприйняття та емоційної регуляції, недостатню усвідомленість власних емоційних станів та прослідковуються ознаки залежності від думки оточуючих. Діти з нейротипової групи, здебільшого, обирають середні та верхні позиції, що вказує на відносно адекватну

самооцінку та відчуття психологічної безпеки. Діти з цієї підгрупи більш детально та здебільшого самостійно аргументували свій вибір, майже не прохали про зміну вибору, що може свідчити про кращу сформованість навичок емоційної самоідентифікації та самоусвідомлення порівняно з підгрупами дітей з РДУГ.

Методика “Драбинка самооцінки” була застосована з метою вивчення рівня та особливостей самооцінки у дітей молодшого шкільного віку. У процесі обстеження дітям пропонувалося визначити своє місце на зображенні драбинки, що складається з десяти сходинок, де нижні позиції відповідають низькій оцінці себе, а верхні — високій.

Під час аналізу результатів показники самооцінки інтерпретувалися відповідно до таких рівнів:

10 балів — дуже високий рівень;

8–9 балів — високий рівень;

4–7 балів — середній рівень;

2–3 бали — низький рівень;

0–1 бал — дуже низький рівень.

Таблиця 4.1.

“Результати виконання завдання “Драбинка самооцінки” дітьми з РДУГ”

Рівень самооцінки	Кількість дітей	Відсоток від вибірки
Дуже високий (10)	6	12, 77 %
Високий (8 - 9)	15	31, 91 %
Середній (4 - 7)	20	42, 55 %
Низький (2 - 3)	4	8, 51 %
Дуже низький (0 - 1)	2	4, 26 %

Аналіз узагальнених результатів виконання методики дітьми з РДУГ показав, що переважна частина дітей демонструє середній та низький рівні самооцінки. Найбільш частотними виявилися значення у межах 4–5 балів, що відповідає середньому рівню самооцінки. Разом з тим значна частина дітей обирала 2–3 бали, що свідчить про знижену впевненість у собі та критичне ставлення до власних можливостей. Високі та дуже високі показники самооцінки серед дітей з РДУГ зустрічаються рідше та мають нерівномірний розподіл між підгрупами. Показники дуже низького рівня самооцінки фіксувалися поодинокі. Отримані результати свідчать про значну варіативність уявлень дітей з РДУГ про власні можливості та особистісні якості. Такі особливості можуть бути пов'язані як із труднощами саморегуляції та навчальної діяльності, характерними для РДУГ, так і з накопиченням негативного соціального досвіду, зокрема частими зауваженнями з боку дорослих та труднощами у взаємодії з однолітками.

Таблиця 4.2.

“Розподіл рівнів самооцінки у дітей з різних підгруп”

Група	Низький рівень (1 - 4)	%	Середній рівень(5 - 6)	%	Високий рівень(7 - 8)	%	Кількість дітей
Неуважний підтип	6	50 %	5	41.67 %	1	8.33 %	12
Гіперактивно - імпульсивний підтип	1	5.26 %	4	21.05 %	14	73.6 8 %	19
Комбінований підтип	3	18.7 5 %	10	62.50 %	3	18.7 5 %	16
Група нейротипових дітей	7	38.8 9 %	9	50.00 %	2	11.1 1 %	18

Порівняльний аналіз результатів показав, що характер самооцінки суттєво різниться залежно від підтипу РДУГ, а саме у дітей з неухважним підтипом РДУГ переважають низький та середній рівні самооцінки, що може відображати підвищену чутливість до оцінки, схильність до сумнівів у власних досягненнях та знижений рівень впевненості у собі. Під час пояснення, вербального коментаря, діти з неухважної підгрупи часто відповідали: “не знаю чому я обрав/обрала цю сходинку”(7 дітей), 2 дітей з даної підгрупи у відповідь на питання психолога “чому ти обрав/обрала цю сходинку”, розгубились та проявили ознаки тривожності й занепокоєння та почали ставити додаткові питання психологу чи це є хорошим результатом, що вони обрали саме цю сходинку, 3 дітей відповіли таким чином: “мені так комфортно, мені здається, що я знаходжусь саме на цій сходинці”. Зважаючи на вербальні коментарі, прослідковується тенденція до нестійкої самооцінки, невпевненості та підвищеного рівня тривожності у дітей з РДУГ з переважаючою неухважністю.

У групі дітей з гіперактивно-імпульсивним підтипом РДУГ зафіксовано найвищі показники самооцінки. Значна частина дітей цієї підгрупи демонструє високий рівень самооцінки, що може мати як адаптивний, так і компенсаторний характер та супроводжуватися імпульсивними судженнями. Під час виконання завдання, 9 дітей з даної підгрупи пояснили свій вибір такими коментарями: “мені тут подобається”, “у мене в житті все добре/у мене все виходить”, 7 дітей з даної підгрупи надали наступні коментарі “бо я так захотів/захотіла”/ “я так вирішив/вирішила”, 3 дітей з даної підгрупи не хотіли виконувати завдання і можливо зробили вибір навмання, який не відповідає дійсності. Така специфіка виконання та вербальних коментарів може вказувати на самооцінку вище середнього рівня, проте є ознаки, які вказують і на недостатню залученість й інтерес до виконання завдання дітьми з РДУГ з переважаючими ознаками гіперактивності та імпульсивності.

Для комбінованого підтипу РДУГ характерним у відсотковому співвідношенні є переважання середнього рівня самооцінки, але самооцінка характеризується відносною нестійкістю та варіативністю залежно від ситуації, ці ознаки вдалося зафіксувати завдяки вербальним коментарям дітей. Під час виконання завдання, 3 дітей з даної підгрупи коментували свій вибір: “туди мене би поставила мама/тато” та 1 дитина надала наступний коментар: “я намалював себе на цій сходинці, бо туди би мене поставила моя вчителька”, ці коментарі надавали діти, незважаючи на те, що в інструкції звучало те, що дитина має самостійно визначити на яку сходинку вона себе поставить. 5 дітей довгий час приймали рішення та обдумували на якій сходинці себе намалювати, під час малюнку самого себе могли витирати свій малюнок, але не розпочинати новий та знову розпочинати малювати самого себе на тій самій сходинці. 7 дітей з цієї підгрупи швидко виконали завдання та надали мало аргументований коментар: “я вирішив ось так/так захотів”.

У групі нейротипових дітей домінує середній рівень самооцінки, з тенденцією до показників дещо нижче середнього. 9 дітей з цієї групи надавали наступні вербальні коментарі: “мені здається, що я стою тут, мені тут добре/комфортно”, 4 дітей з цієї групи надали такий коментар: мені здається, що найкраще буде, якщо я намалюю себе на цій сходинці” та 5 дітей довго приймали рішення та запитували чи обов’язково робити це завдання та не надали розгорнутого коментаря. Відповідно до вербальних коментарів дітей, слід зазначити, що у цієї групи дітей прослідковуються незначні ознаки емоційної нестійкості. Водночас нерішучість окремих дітей під час виконання завдання та потреба у додатковому підтвердженні правильності власного вибору можуть свідчити про ситуативну невпевненість, підвищену чутливість до оцінювання або недостатню сформованість навичок самоаналізу. Загалом отримані результати відповідають віковим особливостям дітей молодшого шкільного віку та не вказують на наявність стійких порушень самооцінки у групі нейротипових дітей.

Таблиця 4.3

“Середні показники для кожної підгрупи дітей за рівнем самооцінки”

Група дітей	Кількість дітей	Середній показник самооцінки
Неуважний підтип дітей з РДУГ	12	4.2
Гіперактивно - імпульсивний підтип дітей з РДУГ	19	8.4
Комбінований підтип дітей з РДУГ	16	4.6
Група нейротипових дітей	18	4.6

Для перевірки статистичної значущості відмінностей між групами було застосовано χ^2 -критерій Пірсона, який виявив статистично значущі групові відмінності у рівнях самооцінки ($\chi^2 = 32,84$; $p = 0,001$). Здебільшого, отримані результати свідчать про те, що самооцінка дітей різниться залежно від підтипу РДУГ та має відмінності між підгрупами дітей з РДУГ та групою нейротипових дітей.

Додатково було застосовано критерій Jonckheere–Terpstra, який дозволив виявити монотонну тенденцію змін рівня самооцінки між групами ($J = 612,5$; $p < 0,001$). Результати вказують на те, що найвищі показники самооцінки притаманні дітям з гіперактивно-імпульсивним підтипом РДУГ, тоді як найнижчі фіксуються у дітей з неуважним підтипом. Показники дітей з комбінованим підтипом РДУГ та нейротипових дітей займають проміжне положення та характеризуються меншими переважаючими тенденціями.

Методика шкільної тривожності була розроблена Дж. Г. Філліпсом у рамках емпіричних досліджень емоційної адаптації дітей шкільного віку. Її мета — виявити рівень та структуру тривожних переживань, що виникають у навчальному середовищі. Філліпс розглядає тривожність не лише як емоційний стан, а й як психологічний індикатор рівня адаптації, що впливає на успішність, саморегуляцію, соціальну взаємодію і навчальну мотивацію. Методика орієнтована на дітей молодшого та середнього шкільного віку (7–12 років). Важливим є зазначити, що, оскільки методика містить 58 питань для дітей з РДУГ, опитування за цією методикою було проведено в декілька етапів, у зв'язку з тим, що дітям з РДУГ важко утримувати увагу такий довготривалий час.

Під час обробки підраховується:

- загальна кількість розбіжностей по всьому тесту: понад 50 % - підвищена тривожність;
- понад 75 % - висока тривожність;
- кількість збігів за кожним із 8 чинників тривожності, що виділені у тесті.

Таблиця 5.1.

“Результати за методикою шкільної тривожності Філліпса. Підгрупа дітей з неухважним типом РДУГ”

Загальна шкільна тривожність	58.33 % - 7 з 12 дітей
Соціальний стрес	58.33 % - 7 з 12 дітей
Страх самовираження	66.67 % - 8 з 12 дітей
Страх перевірки знань	50 % - 6 з 12 дітей
Страх невідповідності очікуванням	41.67 % - 5 з 12 дітей
Фрустрація потреби в успіху	33.33 % - 4 з 12 дітей
Страхи у стосунках з вчителями	33.33 % - 4 з 12 дітей
Негативні емоційні переживання	41.67 % - 5 з 12 дітей

У дітей з неухважним підтипом РДУГ виявлено підвищений рівень тривожності, найбільші показники зафіксовані за факторами страху самовираження, загальної шкільної тривожності, соціального стресу та за показником “страх перевірки знань”. Дані показники можуть вказувати на стійке переживання тривоги та напруги під час навчальних ситуацій, труднощі взаємодії як і з однолітками, так і з вчителем під час міжособистісної комунікації. Також, згідно результатів дослідження, дітям з неухважним підтипом РДУГ притаманні страхи у процесі самовираження, що можуть переплітатися зі страхом отримання негативної оцінки з боку оточуючих. У половини вибірки з даної підгрупи зафіксований і страх ситуацій, які стосуються перевірки знань, який, проявляється під час написання контрольних робіт, інших оціночних робіт та може мати прояви і під час усних відповідей, навіть за умови відсутності оціночної ситуації.

Менш вираженими, але значущими, виявились показники, : “негативні емоційні переживання” та “страх невідповідності очікуванням”, що підкріплює попередньо описану гіпотезу про те, що дітям з даної підгрупи притаманний страх отримання негативної оцінки з боку оточуючих.

Отже, згідно результатів за методикою шкільної тривожності Філіпса, серед підгрупи дітей з переважаючою неухважністю, зафіксовані підвищені показники тривожності та на перший план виходять прояви внутрішньо спрямованих переживань з найбільш інтенсивними ознаками страху самовираження та соціального стресу.

Таблиця 5.2.

“Результати за методикою на визначення шкільної тривожності

Філіпса. Група дітей з гіперактивним підтипом РДУГ”.

Загальна шкільна тривожність	31.58 % - 6 з 19 дітей
Соціальний стрес	36.84 % - 7 з 19 дітей
Страх самовираження	31.58 % - 6 з 19 дітей
Страх перевірки знань	21.05 % - 4 з 19 дітей

Страх невідповідності очікуванням	26.32 % - 5 з 19 дітей
Фрустрація потреби в успіху	42.11 % - 8 з 19 дітей
Страхи у стосунках з вчителями	47.37 % - 9 з 19 дітей
Негативні переживання	36.84 % - 7 з 19 дітей

Згідно результатів, дітям з даної групи характерний помірний прояв тривожності. Найвищі показники зафіксовані за параметрами “фрустрація потреби в успіху” та “страхи у стосунках з вчителями” - 42.11 % та 47.37 %. Такі результати можуть свідчити про труднощі під час слідування навчальним вимогам та виникненню труднощів під час прийняття авторитету дорослого. Дані особливості закономірно виникають через притаманну опозиційність та імпульсивність даному підтипу дітей. Відповідно, у дітей з гіперактивно - імпульсивним підтипом РДУГ менш виражена внутрішня напруга та тривожність та більш виражені, порівняно з іншими підтипами, труднощі у взаємодії з вчителями та виражені поведінкові неадаптивні прояви.

Таблиця 5.3.

“Результати за методикою на визначення шкільної тривожності Філіпса. Група дітей з комбінованим типом РДУГ”.

Загальна шкільна тривожність	43.75 % - 7 з 16 дітей
Соціальний стрес	31.25 % - 5 з 16 дітей
Страх самовираження	31.25 - 5 з 16 дітей
Страх перевірки знань	25 % - 4 з 16 дітей
Страх невідповідності очікуванням	37.50 % - 6 з 16 дітей
Фрустрація потреби в успіху	31.25 % - 5 з 16 дітей
Страхи у стосунках з вчителями	31.25 % - 5 з 16 дітей
Негативні емоційні переживання	37.50 % - 6 з 16 дітей

Показники у таблиці вказують на те, що у дітей з комбінованим підтипом РДУГ фіксується помірний рівень тривожності. Загалом, результати у показниках розподілені більш рівномірно ніж у попередніх двох підгрупах дітей з РДУГ, що може вказувати на комбінацію наявності внутрішньо емоційних переживань та наявності страхів й тривожності у взаємодії з оточуючими. Найвищі показники зафіксовані за факторами: “загальна шкільна тривожність”, “страх невідповідності очікуванням” та “негативні емоційні переживання, це може вказувати як на загальне підвищення рівня тривожності, так і на наявність труднощів у адаптації.

Таблиця 5.4.

“Результати за методикою на визначення шкільної тривожності Філіпса. Група нейротипових дітей”.

Загальна шкільна тривожність	50 % - 9 з 16 дітей
Соціальний стрес	44.44 % - 8 з 16 дітей
Страх самовираження	27.78 % - 5 з 16 дітей
Страх перевірки знань	44.44 % - 8 з 16 дітей
Страх невідповідності очікуванням	33.33 % - 6 з 16 дітей
Фрустрація потреби в успіху	27.78 % - 5 з 16 дітей
Страхи у стосунках з вчителями	27.78 % - 5 з 16 дітей
Негативні емоційні переживання	27.78 % - 5 з 16 дітей

У цієї підгрупи дітей спостерігається помірний рівень тривожності, найвищі показники зафіксовані за наступними шкалами: “загальна шкільна тривожність”, “соціальний стрес”, “страх перевірки знань”. Такі показники можуть свідчити про загальне переживання емоційної тривожності та напруги

у шкільному середовищі, підвищену чутливість під час ситуацій оцінювання, проте, в цілому, даній групі не характерні певні тенденції.

Таблиця 5.5.

“Порівняльна таблиця за результатами методики на визначення шкільної тривожності Філіпса”.

Фактор	Неуважний підтип(n = 12)	Гіперактивно - імпульсивний(n = 19)	Комбінований(n = 16)	Нейротипові (n = 18)
Загальна тривожність	7 дітей(58.33 %)	6 дітей(31.58 %)	7 дітей(43.75%)	9 дітей (50 %)
Соціальний стрес	7 дітей(58.33 %)	7 дітей(36.84 %)	5 дітей(31.25 %)	8 дітей (44.44 %).
Страх самовираження	8 дітей(66.67 %)	6 дітей (31.58 %)	5 дітей(31.25 %)	5 дітей (27.78 %)
Страх перевірки знань	6 дітей (50 %)	4 дітей (21.05 %)	4 дітей (25 %)	8 дітей (44.44 %)
Страх невідповідності очікуванням	5 дітей(41.67 %)	5 дітей (26.32 %)	6 дітей (37.50 %)	6 дітей (33.33 %)
Фрустрація потреби в успіху	4 дітей (33.33 %)	8 дітей (42.11 %)	5 дітей (31.25 %)	5 дітей(27.78 %)
Страхи у стосунках з вчителями	4 дітей(33.33 %)	9 дітей(47.73 %)	5 дітей(31.25 %)	5 дітей(27.78 %)
Негативні емоційні переживання	5 дітей(41.67 %)	7 дітей(36.84 %)	6 дітей(37.50 %)	5 дітей(27.78 %)

Таблиця 5.6.

“Узагальнена таблиця щодо визначення рівня тривожності у всіх підгрупах (за методикою Філіпса)”

Група	Високий рівень	%	Середній рівень	%	Низький рівень	%
Неуважний підтип(n = 12)	8 дітей	66.67 %	3 дітей	25 %	1 дитина	8.33 %
Гіперактивно - імпульсивний підтип(n=19)	6 дітей	31.58 %	8 дітей	42.11 %	5 дітей	26.32 %
Комбінований підтип(n = 16)	6 дітей	37.50 %	7 дітей	43.75 %	3 дітей	18.75 %
Нейротипова підгрупа	7 дітей	38.99 %	8 дітей	44.44 %	3 дітей	16.67 %

Таблиця 5.7.

“Таблиця з результатами статистичного аналізу. Результати міжгрупового порівняння (χ^2 Пірсона)”

Фактор	χ^2	p – value	Висновок
Загальна шкільна тривожність	3.27	0.35	відмінності незначущі
Соціальний стрес	2.29	0.51	відмінності незначущі
Страх самовираження	6.92	0.07	відмічається тенденція до значущої різниці
Страх перевірки знань	4.02	0.26	відмінності незначущі
Страх невідповідності очікуванням	1.09	0.78	відмінності незначущі

Фрустрація успіху	1.39	0.71	відмінності незначущі
Стосунки з вчителями	2.07	0.56	відмінності незначущі
Негативні переживання	1.14	0.77	відмінності незначущі

Таблиця 5.8.

**Таблиця з показником Jonckheere–Terpstra за результатами
відповідей дітей з РДУГ**

Методика Філіпса	Впорядкування груп	Показник и у підгрупах РДУГ(%)	Показник Jonckheere –Terpstra	P - valu e	Висновок
Загальна шкільна тривожність	Гіперактивни й - комбінований - неухажний	31.58 % - 43.75 % - 58.33 %	-2.02	< 0.05	Статистично значуща тенденція до зростання тривожності
Соціальний стрес	Гіперактивни й - комбінований - неухажний	31.58 % - 43.75 % - 58.33 %	-2.05	< 0.05	Значуща тенденція до зростання соціального стресу
Страх самовиражен ня	Гіперактивни й - комбінований - неухажний	31.58 % - 31.25 % - 66.67 %	-2.94	< 0.01	Помірно виражена тенденція до зростання страху самовиражен ня
Страх перевірки знань	Гіперактивни й - комбінований - неухажний	31.58 % - 37.50 % - 50 %	-1.63	> 0.05	Немає статистичної значущості
Страх	Гіперактивни	26.32 % -	-1.21	>	Незначуща

невідповідності очікуванням	й - комбінований - неуважний	37.50 % - 41.67 %		0.05	тенденція
Фрустрація потреби в успіху	Гіперактивний - комбінований - неуважний	36.84 % - 37.50 % - 50 %	-1.09	> 0.05	Незначуща тенденція
Проблеми у стосунках з вчителями	Гіперактивний - комбінований - неуважний	47.37 % - 37.50 % - 41.67 %	0.32	> 0.05	Тенденції не виявлено
Негативні емоційні переживання у школі	Гіперактивний - комбінований - неуважний	31.58 % - 43.75 % - 50 %	-1.98	< 0.05	Значуща тенденція до зростання негативних переживань

Отримані результати, які зазначені у попередніх таблицях свідчать про те, що профіль шкільної тривожності має відмінні якісні характеристики залежно від підтипу РДУГ.

У дітей з неуважним підтипом РДУГ зафіксовано найвищі показники за шкалами загальної шкільної тривожності (58,33 %), соціального стресу (58,33 %) та страху самовираження (66,67 %). Це може свідчити про підвищену емоційну чутливість, страх негативної оцінки та внутрішню напругу у соціально значущих шкільних ситуаціях.

Для гіперактивно-імпульсивного підтипу РДУГ характерний загалом нижчий рівень тривожності, проте відносно вищі показники спостерігаються за шкалами, що відображають труднощі у взаємодії з вчителями (47,37 %) та фрустрацію потреби в успіху (42,11 %). Це може вказувати на переважання поведінкових труднощів та конфліктності над внутрішніми тривожними переживаннями.

У дітей з комбінованим підтипом РДУГ зафіксовано проміжний профіль тривожності, що проявляється у помірно виражених показниках за більшістю шкал. Такий розподіл узгоджується з поєднанням симптомів неуважності та гіперактивно-імпульсивної поведінки.

У групі нейротипових дітей також виявлено помірні рівні тривожності, зокрема за шкалами загальної тривожності (50 %), страху перевірки знань (44,44 %) та соціального стресу (44,44 %). Водночас у цій групі тривожні прояви мають більш ситуативний характер і відповідають віковим особливостям молодшого шкільного віку.

Для перевірки статистичної значущості відмінностей між чотирма групами було застосовано χ^2 -критерій Пірсона. Результати аналізу показали, що жодна зі шкал не досягла рівня строгої статистичної значущості ($p < 0,05$). Водночас за шкалою страху самовираження була зафіксована тенденція до статистичної значущості ($\chi^2 = 6,92$; $p = 0,07$), що вказує на нерівномірний розподіл цього показника між групами та на найбільш виражену міжгрупову відмінність саме за цією шкалою.

Додатковий аналіз сили зв'язку за допомогою коефіцієнта Cramer's V показав, що для шкали страху самовираження зв'язок між підтипом РДУГ та рівнем тривожності є помірним ($V \approx 0,28$), тоді як для інших факторів зв'язок має слабкий характер ($V = 0,10-0,20$). Це свідчить про наявність якісних відмінностей між групами за окремими аспектами тривожності навіть за відсутності різко виражених статистичних ефектів.

З метою виявлення напрямлених тенденцій між підтипами РДУГ було застосовано критерій Jonckheere–Terpstra. Результати аналізу виявили статистично значущі тенденції до зростання рівня тривожності у напрямку від гіперактивно-імпульсивного до неуважного підтипу РДУГ за такими шкалами, як загальна шкільна тривожність, соціальний стрес та страх самовираження ($p < 0,05$, $p < 0,01$).

За іншими шкалами статистично значущих тенденцій виявлено не було, що може бути пов'язано з відносно невеликим обсягом вибірки та багатофакторністю феномену шкільної тривожності.

Таким чином, результати методики шкільної тривожності Філіпса свідчать про те, що найбільш виражені тривожні прояви характерні для дітей з неухважним підтипом РДУГ, тоді як у дітей з гіперактивно-імпульсивним підтипом переважають поведінкові труднощі за відносно нижчого рівня внутрішньої тривожності. Комбінований підтип займає проміжне положення, а показники нейротипових дітей загалом відповідають віковій нормі. Отримані результати доповнюють дані інших методик та підтверджують доцільність комплексного підходу до аналізу емоційних станів у дітей з різними підтипами РДУГ.

Статистичний аналіз не виявив різко виражених міжгрупових відмінностей за більшістю шкал, проте були зафіксовані тенденції до відмінностей за окремими аспектами тривожності, що підкреслює складність та багатофакторність цього феномену.

Отримані результати свідчать про те, що емоційні стани дітей з РДУГ мають складну структуру та істотно різняться залежно від підтипу розладу. Комплексне застосування кількісних і якісних методик дозволило виявити специфічні профілі емоційної регуляції, самооцінки, тривожності та фрустраційних реакцій, що підтверджує доцільність диференційованого підходу до психологічної діагностики та корекційної роботи з дітьми з РДУГ.

Висновки до розділу II

Було здійснено емпіричне дослідження специфіки емоційних станів дітей з різними підтипами РДУГ та проведено порівняльний аналіз результатів з нейротиповою групою дітей. Для виконання поставлених дослідницьких питань було проведено комплекс стандартизованих та

емпіричних методик. Використання як і стандартизованих, так і проєктивних методик дало можливість більш глибоко дослідити специфіку тривожності, особливості прояву самооцінки та емоційних станів та фрустраційних реакцій.

Результати дослідження вказують на наявність відмінностей в емоційних станах, переживанні тривожності та особливостей фрустраційних реакцій між групами дітей з РДУГ та групою нейротипових дітей. За результатами методики на виявлення фрустраційних реакцій Розенцвейга, нейротипова група дітей має тенденцію до переважаючого використання адаптивних механізмів та реакцій у відповідь на фрустрацію, хоча і спостерігається використання всіх можливих напрямів фрустраційних реакцій. Проте у підгрупах дітей з РДУГ дослідження вказує на наступну виявлену закономірність: діти з неухважним підтипом РДУГ більш схильні до застосування внутрішньо спрямованих захисних реакцій, можуть переживати почуття провини та сорому, потрапляючи до фруструючої ситуації, натомість діти з гіперактивно - імпульсивним підтипом РДУГ частіше застосовують зовнішньо - спрямовані перешкоджаючі - домінантні реакції, реагуючи на перешкоди під час фруструючих ситуацій імпульсивністю та опозиційністю, звинувачуючи саму перешкоду, яка виникла у фруструючій ситуації. У дітей з комбінованим підтипом РДУГ спостерігається відсутність домінуючої тенденції, але здебільшого діти з цієї підгрупи також реагують імпульсивно, звинувачуючи перешкоду під час виникнення фруструючої ситуації.

Результати за методикою “Дерево Лампена” підтверджують та доповнюють результати за методикою на визначення фрустрації Розенцвейга. Під час виконання завдання, діти з нейротипової групи були послідовними під час виконання, слідували інструкції, надавали аргументовані відповіді на питання, діти з підгруп РДУГ, навпаки, не дослуховували інструкцію до кінця, обирали дуже багато фігурок всупереч інструкції, особливо яскраво це простежувалося у дітей з гіперактивно - імпульсивним підтипом РДУГ. Неухважна підгрупа дітей з РДУГ під час цього завдання часто сумнівалася у

своєму виборі фігури чоловічка та демонстрували ознаки схвильованості за результат. Комбінований підтип дітей з РДУГ, здебільшого демонстрував подібні результати до дітей з підгрупи гіперактивно - імпульсивного підтипу, але також і спостерігалась обережність та невпевненість, яка була виражена меншою мірою ніж імпульсивне виконання завдання.

Результати методики “Драбинка самооцінки” мають менше суттєвих відмінностей у порівнянні з результатами, які були зафіксовані у попередніх методиках. Тим не менш, у дітей з РДУГ фіксується переважання нестійкої самооцінки з тенденцією до завищення (цей показник зафіксований у гіперактивно-імпульсивної підгрупи дітей) або ж з тенденцією до нижче середньої(у підгрупі дітей з неуважним типом).

Щодо результатів методики направлених на оцінку рівня шкільної тривожності Філіпса, порівняльний аналіз груп демонструє, що у дітей з РДУГ механізми переживання тривоги відрізняються від групи нейротипових дітей. Діти з нейротипової групи мають переважно ситуативний характер тривоги, у дітей з РДУГ переважає більш стійка та диференційована тривожність. У дітей з неуважним підтипом РДУГ значно вищі показники за такими факторами, як: “страх самовираження”, “соціальний стрес” порівняно з групою нейротипових дітей. У дітей з гіперактивно - імпульсивного підтипу, найбільш виражені показники за шкалами стосовно страхів у взаємодії з вчителями та фрустрації потреби в успіху, а у дітей з комбінованим підтипом РДУГ спостерігається помірне та рівномірне збільшення рівня тривожності за всіма показниками методики Філіпса. Відповідно, порівняння результатів з нейротиповою групою дітей, вказує на те, що хоча рівень тривожності помірно збільшений у всіх підгруп дітей, саме у підгрупах дітей з РДУГ прослідковуються інакші механізми виникнення тривожних станів та їх переживання.

Порівняння з нейротиповою групою дітей показало, що хоча тривожні переживання притаманні і дітям без РДУГ, у них вони мають переважно

ситуаційний, адаптаційний характер і не супроводжуються стійкими порушеннями емоційної регуляції. Нейротипові діти характеризуються більш стабільною та адекватною самооцінкою, збалансованими фрустраційними реакціями та сформованими навичками емоційної регуляції.

Результати статистичного аналізу підтвердили, що не всі міжгрупові відмінності досягають рівня строгої статистичної значущості, однак аналіз тенденцій дозволив виявити впорядковані зміни показників тривожності та емоційних переживань залежно від підтипу РДУГ. Це свідчить про доцільність використання не лише класичних міжгрупових порівнянь, а й методів аналізу тенденцій у дослідженнях емоційної сфери дітей з РДУГ. Отримані дані підтверджують необхідність диференційованого підходу до психологічної діагностики та корекційної роботи з дітьми з РДУГ з урахуванням підтипу розладу та індивідуальних емоційних потреб дитини.

РОЗДІЛ III. АПРОБАЦІЯ ТА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ КОРЕКЦІЙНИХ ПРОГРАМ ДЛЯ ДІТЕЙ З РІЗНИМИ ПІДТИПАМИ РДУГ

3.1. Методологія корекційних програм

Результати теоретичного аналізу наукової літератури та проведеного емпіричного дослідження засвідчили, що емоційні труднощі є важливою складовою клінічної картини розладу дефіциту уваги з гіперактивністю. Незважаючи на те, що основними діагностичними критеріями РДУГ виступають симптоми неувважності, гіперактивності та імпульсивності, сучасні дослідження вказують на суттєву роль емоційної дизрегуляції та емоційних коморбідних розладів у формуванні поведінкових, соціальних та навчальних труднощів у дітей з РДУГ. Порушення здатності до контролю емоційних реакцій негативно впливає на міжособистісну взаємодію, адаптацію до шкільного середовища, формування самооцінки та загальний психологічний добробут дитини.

Показники, які були зафіксовані у дослідженні, показали наявність специфічних відмінностей у структурі емоційних станів дітей залежно від підтипу РДУГ. У дітей з переважаючим неувважним підтипом частіше спостерігається підвищений рівень тривожності, невпевненість у собі, страх самовираження, схильність до внутрішньо спрямованих реакцій та занижена самооцінка. Натомість діти з переважаючим гіперактивно-імпульсивним та комбінованим підтипом демонстрували більш виражені труднощі емоційного контролю, низьку толерантність до фрустрації, підвищену конфліктність, імпульсивність та екстернальний характер реагування на стресові ситуації. Отримані результати обумовлюють необхідність диференційованого підходу до побудови корекційних програм залежно від домінуючого підтипу розладу.

Теоретичною основою запропонованої корекційної програми виступають сучасні уявлення про РДУГ як нейророзвитковий розлад, що

супроводжується недостатньою сформованістю виконавчих функцій, механізмів довільної регуляції діяльності, контролю поведінки та емоційної саморегуляції. Відповідно до цих уявлень, труднощі емоційного функціонування є не ізольованим проявом, а безпосередньо пов'язані з особливостями роботи механізмів виконавчих функцій, контролю імпульсів, робочої пам'яті, уваги та когнітивної гнучкості.

Методологічною основою програми є інтегративний підхід, що поєднує елементи нейропсихологічної корекції, АВА - терапії, соціально-емоційного навчання та арт-терапевтичних методів. Такий підхід дозволяє здійснювати комплексний вплив на когнітивну, емоційну, поведінкову та соціальну сфери функціонування дитини.

Метою програми є зниження рівня тривожності та підвищення толерантності до фрустрації у дітей з різними підтипами РДУГ шляхом розвитку емоційної регуляції, формування навичок самоконтролю, підвищення емоційної усвідомленості та розвитку адаптивних способів реагування на складні життєві ситуації.

Програма ґрунтується на принципах індивідуалізації, системності, комплексності, поступовості, активності дитини у корекційному процесі та опори на сильні сторони особистості. Особливого значення набуває принцип диференційованого підходу, відповідно до якого зміст корекційної роботи визначається специфікою емоційних труднощів кожного підтипу РДУГ.

Реалізація програми передбачає три послідовні етапи. Перший етап є діагностично-підготовчим та спрямований на встановлення контакту з дитиною, визначення індивідуальних особливостей емоційного функціонування та формування мотивації до участі у корекційних заняттях. Другий етап є основним і передбачає систематичне проведення індивідуальних занять. Третій етап є закріплювально-підтримувальним та

спрямований на перенесення сформованих навичок у повсякденне життя дитини.

Ефективність програми оцінюється за показниками зниження рівня тривожності, покращення емоційної усвідомленості, підвищення фрустраційної толерантності, покращення самоконтролю, стабілізації самооцінки та покращення соціальної адаптації.

Сучасні програми корекції РДУГ ґрунтуються на поєднанні нейропсихологічних методів, поведінкових інтервенцій АВА (Applied Behavior Analysis), оскільки саме інтеграція цих напрямків дозволяє впливати не лише на поведінкові прояви синдрому, але й на механізми саморегуляції, емоційного контролю, виконавчих функцій та адаптації дитини до соціального середовища.

Програми для дітей з неухважним підтипом РДУГ та для дітей з гіперактивно-імпульсивним підтипом мають спільну методологічну основу, проте відрізняються пріоритетними напрямками втручання. Для дітей із переважаючою неухважністю основний акцент робиться на розвитку толерантності до фрустраційних чинників чи ситуацій, зменшення рівня тривожності, а для дітей із гіперактивно-імпульсивним підтипом ключовими напрямками є розвиток інгібіторного контролю, регуляція поведінкових імпульсів, зниження емоційної реактивності та формування толерантності до фрустрації, зменшення рівня тривожності.

Методологічно важливим є принцип «дозованого навантаження», коли складність вправ збільшується поступово, з урахуванням рівня нейродинамічних показників дитини. Оскільки діти з неухважним підтипом часто демонструють знижені показники у процесах нейродинаміки, низьку самооцінку та високий рівень тривожності через часті невдачі, програми також включають вправи на формування переживання успіху та розвиток впевненості у власних силах.

Для дітей із гіперактивно-імпульсивним підтипом основний акцент робиться на розвитку інгібаторного контролю та здатності витримувати фруструючі стимули без негайної реакції. Використовуються вправи: «стоп-сигнал», сенсомоторні маршрути із правилами, ритмічні вправи із затримкою відповіді, вправи на контроль темпу рухів та моторне гальмування. Значна увага приділяється сенсорним вправам, які допомагають знижувати рівень внутрішнього напруження. У методології таких програм важливим є принцип зовнішньої регуляції, коли дорослий певний час виконує функцію «зовнішнього контролю», поступово передаючи навички саморегуляції самій дитині.

У роботі з дітьми з неуважним підтипом АВА-техніки спрямовані на підтримання залученості у діяльність, завершення завдань, формування навички дотримання інструкцій та організації діяльності. Часто використовуються жетонні системи, візуальні розклади, поділ великих завдань на короткі етапи та система коротких позитивних підкріплень за завершення діяльності. Важливим методологічним принципом є негайність підкріплення, оскільки дітям із РДУГ складно утримувати мотивацію при відтермінованій винагороді.

Для дітей із гіперактивно-імпульсивним підтипом АВА-програми більше орієнтовані на розвиток вміння до очікування, контролю імпульсивних реакцій та альтернативних способів вираження емоцій. Використовуються техніки диференційного підкріплення, коли підкріплюється спокійна поведінка, очікування черги, використання “я висловлювань” замість фізичних та імпульсивних реакцій. Значну роль відіграє навчання альтернативній поведінці, тобто формування у дитини конкретних поведінкових стратегій замість імпульсивної реакції. Наприклад, дитину навчають говорити «мені важко», «я злюсь», «мені потрібна пауза» замість крику або фізичної агресії.

Оскільки, у дітей із неуважним підтипом були зафіксовані підвищені показники рівня тривожності, переважаючі стратегії уникнення під час виникнення труднощів чи фруструючих ситуацій, переважаючі низькі показники рівня самооцінки та часто наявний сильний страх помилки, у програмі також використовуються техніки когнітивної реструктуризації, вправи на пошук автоматичних негативних думок та їх заміну на більш реалістичні. Важливим напрямком є формування позитивного досвіду успіху та розвиток внутрішньої мотивації. У програму включені вправи на формування навичок щодо планування діяльності, розподілу складних завдань на частини та підкріплення за виконання навіть невеликих кроків.

У роботі з гіперактивно-імпульсивним підтипом, використовуються техніки «стоп», «світлофор емоцій», «термометр злості», дихальні вправи, релаксаційні техніки та вправи на розвиток паузи між імпульсом і реакцією. Одним із важливих методологічних принципів є навчання дитини переносити стан фрустрації без негайного уникнення або імпульсивної реакції. Саме тому програми включають поступове контрольоване зіткнення з ситуаціями помилки, очікування або програшу з одночасним формуванням адаптивних способів реагування.

Таким чином, сучасні програми нейрокорекції дітей із РДУГ мають комплексний міждисциплінарний характер та поєднують нейропсихологічні, поведінкові та когнітивно-поведінкові методи впливу. Адже саме таке поєднання, дозволяє впливати не лише на зовнішні прояви симптоматики, але й на базові механізми саморегуляції, емоційного контролю та адаптації дитини. Врахування специфіки різних підтипів РДУГ забезпечує більш індивідуалізований підхід до корекції та підвищує ефективність психологічної допомоги.

За результатами аналізу наукової літератури та даних емпіричного дослідження було визначено основні принципи побудови та реалізації корекційної програми для дітей з РДУГ.

Під час розробки корекційної програми враховувалося, що діти з РДУГ можуть істотно відрізнятися за характером проявів розладу, особливостями емоційного реагування та рівнем сформованості навичок саморегуляції. У зв'язку з цим психологічна допомога потребує достатньої гнучкості та індивідуалізації. Зміст і форми роботи визначалися з урахуванням результатів попереднього психодіагностичного обстеження, актуальних труднощів дитини, рівня її розвитку та умов функціонування в сімейному й освітньому середовищі.

Важливим орієнтиром під час побудови програми було спрямування корекційної роботи на ті труднощі, з якими дитина стикається у повсякденному житті. Ефективність психологічного втручання оцінювалася не лише за змінами під час занять, а й за тим, наскільки сформовані навички переносилися у реальні життєві ситуації, сприяючи покращенню адаптації, взаємодії з оточенням та більш успішному функціонуванню у навчальній діяльності.

Особлива увага приділялася поступовому формуванню нових умінь. На початкових етапах дитина отримувала значну підтримку з боку дорослого: чіткі інструкції, нагадування, моделювання необхідних способів поведінки та допомогу у виконанні завдань. Надалі обсяг зовнішньої підтримки поступово зменшувався, що створювало умови для розвитку самостійності, відповідальності та здатності застосовувати набуті навички без постійного супроводу.

З огляду на багатогранність проявів РДУГ корекційна робота будувалася комплексно та охоплювала різні сфери функціонування дитини. Психологічний вплив був спрямований не лише на розвиток уваги та

виконавчих функцій, але й на формування емоційної компетентності, удосконалення поведінкової саморегуляції, розвиток соціальних навичок та зміцнення позитивного ставлення до себе. Водночас реалізація програми здійснювалася послідовно та структуровано, що забезпечувало логічний зв'язок між окремими етапами роботи та сприяло досягненню поставлених цілей.

Концептуальною основою розробленої програми стало уявлення про те, що клінічні прояви РДУГ формуються внаслідок взаємодії нейропсихологічних, індивідуально-психологічних та соціально-психологічних чинників. Внесок кожного з них у виникнення та підтримання труднощів є індивідуальним, тому психологічна допомога має враховувати не лише підтип РДУГ, але й специфіку емоційного функціонування конкретної дитини.

Програма передбачала систематичну роботу як із дітьми, так і з їхніми батьками. Для кожної дитини було заплановано 12 індивідуальних занять тривалістю 50–60 хвилин, які проводилися двічі на тиждень. Важливою складовою корекційного процесу була участь батьків, які отримували рекомендації щодо підтримки сформованих навичок у домашньому середовищі, брали участь у консультативних зустрічах та опановували способи позитивного поведінкового керівництва. Окрема увага приділялася формуванню ефективних стратегій реагування на складну поведінку дитини та створенню сприятливого емоційного клімату в сім'ї.

Реалізація програми відбувалася поетапно. На першому етапі основними завданнями були встановлення терапевтичного контакту, формування відчуття безпеки та створення атмосфери співпраці. Протягом перших двох занять уточнювалися індивідуальні особливості емоційного функціонування дитини, додатково аналізувалися особливості уваги, самооцінки,

міжособистісної взаємодії та поведінкових проявів. Також дитина знайомилася з форматом роботи, окремими вправами та правилами взаємодії.

Заняття цього етапу складалися зі вступної, основної та заключної частин. Під час вступної частини встановлювався емоційний контакт і обговорювався актуальний стан дитини. Основна частина передбачала уточнення особливостей її розвитку та ознайомлення з майбутніми формами роботи. Наприкінці зустрічі підбивалися підсумки, надавалося позитивне підкріплення участі дитини, оцінювався її емоційний стан та коротко окреслювався зміст наступного заняття.

Наступний етап програми охоплював заняття з третього по десяте та був спрямований на розвиток навичок емоційної регуляції, удосконалення самоконтролю, підвищення толерантності до фрустрації та формування більш адаптивних способів реагування у складних життєвих ситуаціях. Наповнення занять визначалося відповідно до підтипу РДУГ та індивідуальних особливостей дитини.

Кожне заняття мало чітку структуру. У вступній частині тривалістю 5–10 хвилин встановлювався емоційний контакт, обговорювався актуальний стан дитини, за потреби повторювався матеріал попередньої зустрічі та окреслювався план подальшої роботи.

Основна частина тривалістю близько 35–40 хвилин включала декілька взаємопов'язаних напрямів діяльності. Частина вправ була спрямована на розвиток уваги та виконавчих функцій і передбачала тренування концентрації, стійкості та переключення уваги. Інший блок завдань використовувався для формування навичок саморегуляції та контролю поведінки за допомогою структурованих ігрових вправ, технік розвитку самоконтролю та вправ, спрямованих на гальмування імпульсивних реакцій.

Окреме місце посідала робота над розвитком емоційної компетентності та соціальних навичок. Використовувалися вправи на розпізнавання й усвідомлення емоцій, аналіз проблемних ситуацій, рольові ігри, моделювання соціальної взаємодії та відпрацювання конструктивних способів реагування на емоційно значущі події. Значна увага приділялася обговоренню реальних життєвих ситуацій, розвитку позитивного мислення, зміцненню самооцінки та усвідомленню власних сильних сторін.

У завершальній частині заняття відбувалося обговорення отриманого досвіду, закріплення сформованих умінь, оцінювання емоційного стану дитини після роботи та визначення невеликих домашніх завдань, спрямованих на перенесення нових навичок у повсякденне життя.

Останні два заняття були присвячені узагальненню результатів проведеної роботи. Їх метою стало закріплення досягнутих змін, оцінка позитивної динаміки та визначення шляхів подальшого підтримання сформованих навичок. Разом із дитиною аналізувалися її досягнення, обговорювалися труднощі, які залишалися актуальними, а також окреслювалися подальші кроки щодо розвитку набутих умінь.

Завершальним компонентом програми була робота з батьками, спрямована на узагальнення отриманих результатів, надання рекомендацій щодо підтримання позитивних змін та профілактики повернення неадаптивних форм реагування. Батьки отримували індивідуалізовані рекомендації щодо подальшої взаємодії з дитиною та створення умов, які сприятимуть закріпленню досягнутих результатів.

У межах розробки корекційної програми було визначено три взаємопов'язані групи стратегій, які забезпечують ефективну організацію психологічної допомоги дітям із різними підтипами РДУГ: загальні стратегії психологічної роботи, стратегії організації часу та стратегії організації простору. Виокремлення цих стратегій здійснювалося на основі аналізу

науково-методичних джерел та було адаптоване відповідно до мети дослідження, вікових особливостей вибірки та специфіки емоційних труднощів дітей з різними підтипами РДУГ. Адже саме поєднання зазначених стратегій дозволяє зробити корекційну програму більш гнучкою, структурованою та чутливою до індивідуальних потреб дитини.

У процесі реалізації корекційної програми важливим є не лише зміст окремих вправ, але й спосіб організації взаємодії з дитиною. Аналіз результатів проведеного дослідження, а також практичний досвід роботи з дітьми, які мають різні підтипи РДУГ, дозволили виокремити декілька напрямів організації психологічної допомоги, що сприяють підвищенню ефективності корекційного впливу.

Насамперед важливим є гнучке регулювання рівня підтримки, яку отримує дитина під час занять. На початкових етапах роботи більшість дітей потребує чіткої структури: зрозумілих правил, покрокових інструкцій, нагадувань та допомоги у плануванні діяльності. У міру засвоєння нових навичок та підвищення впевненості у власних можливостях обсяг зовнішньої підтримки поступово зменшується. Дитина отримує більше самостійності у виборі способів виконання завдань, контролі власних дій та оцінюванні отриманих результатів.

Організація занять також передбачає чергування різних видів активності. Практика показує, що тривале виконання одноманітних завдань може призводити до виснаження уваги та зниження зацікавленості. З огляду на це доцільно поєднувати вправи, що потребують концентрації та когнітивних зусиль, із руховими елементами або короткими активними паузами. Для дітей із переважаючим неуважним підтипом поступово збільшується тривалість діяльності, яка вимагає зосередженості та посидючості. Водночас дітям із вираженою гіперактивністю важливо

забезпечити можливість безпечного прояву рухової активності та поступового формування навичок її контролю.

Важливим компонентом роботи є використання ігрових форм взаємодії. Саме через гру дитина легше включається у виконання складних завдань, зберігає інтерес до занять та охочіше приймає встановлені правила. Ігрові методи створюють умови для тренування уваги, пам'яті, планування, емоційної регуляції та соціальних навичок у природних для дитини ситуаціях. Залежно від цілей заняття можуть використовуватися рухливі, сюжетно-рольові, настільні, сенсорні та інші види ігор.

Не менш важливим є поступове перенесення сформованих умінь у ситуації взаємодії з іншими людьми. Робота, як правило, розпочинається в індивідуальному форматі, що дозволяє врахувати особливості темпу діяльності дитини, її емоційний стан та потребу у підтримці. Надалі створюються умови для застосування набутих навичок у спільній діяльності, що сприяє розвитку комунікативної компетентності, здатності до співпраці та регуляції власної поведінки у соціальних ситуаціях.

Окрему увагу доцільно приділяти організації часу під час заняття. Структура роботи має відповідати рівню працездатності дитини та враховувати її індивідуальні можливості. На початку заняття рекомендується використовувати короткі вправи, що допомагають дитині включитися у діяльність та налаштуватися на взаємодію. Основне навантаження доцільно планувати на період максимальної залученості, тоді як завершальна частина має сприяти емоційному заспокоєнню та формуванню відчуття успішності.

Важливу роль відіграють короткі паузи між окремими видами діяльності. Вони дають змогу відновити ресурси уваги, знизити рівень напруження та підтримати продуктивність. Для дітей із вираженою руховою потребою такі перерви можуть включати елементи сенсомоторної активності або нескладні рухові вправи.

Для підвищення передбачуваності занять доцільно використовувати різноманітні часові орієнтири. Таймери, пісочні годинники, візуальні розклади та інші способи позначення часу допомагають дитині краще розуміти послідовність подій, орієнтуватися у тривалості виконання завдань та поступово формувати навички планування власної діяльності.

Не менш значущим є створення відповідного просторового середовища. Дітям із РДУГ легше зосереджуватися у структурованому просторі, де кількість зайвих подразників є мінімальною, а правила організації діяльності залишаються зрозумілими та передбачуваними. У полі доступу дитини бажано залишати лише ті матеріали, які необхідні для виконання конкретного завдання.

Практично доцільним є виділення окремих функціональних зон відповідно до завдань заняття: місця для виконання когнітивних вправ, простору для рухової активності та зони відпочинку чи емоційного відновлення. Така організація допомагає дитині швидше адаптуватися до зміни видів діяльності та краще орієнтуватися у вимогах ситуації.

Додаткову підтримку можуть забезпечувати різноманітні візуальні підказки та орієнтири. Картки-нагадування, графічні схеми, алгоритми виконання завдань, соціальні історії та інші засоби візуалізації сприяють кращому розумінню послідовності дій і поступовому переходу від зовнішнього контролю до більш самостійної організації власної поведінки.

Таким чином, ефективність корекційної роботи з дітьми, які мають різні підтипи РДУГ, значною мірою залежить від гнучкості організації психологічної допомоги. Поєднання індивідуалізованої підтримки, продуманого чергування видів діяльності, раціонального використання часу та структурованого середовища створює умови для підвищення залученості дитини у процес занять, розвитку навичок саморегуляції та їх подальшого перенесення у повсякденне життя.

3.2. Корекційна програма для дітей з переважającym неухажним підтипом

Розроблена корекційна програма була апробована на вибірці з 7 дітей з переважającym неухажним підтипом РДУГ. Програма включала 12 індивідуальних корекційних занять, які проводилися двічі на тиждень.

Заняття 1

Вправа 1 : “Мій настрій сьогодні”.

Мета: формування безпечного контакту, розвиток емоційного усвідомлення. Орієнтовна тривалість виконання: 10 - 15 хвилин.

Інструкція: дитині пропонується зробити малюнок свого настрою або ж зліпити фігурку з пластиліну, яка буде символізувати настрій. Психолог надає наступну інструкцію: “Намалюй свій настрій, малюнок може виглядати як завгодно, але має відповідати твоєму настрою”.

Вправа 2: “Елементи з пальчикової нейрогінмнастики. Перехресні рухи, зміна позицій рук”. Орієнтовна тривалість виконання: 5 хвилин.

Інструкція: психолог демонструє вправи з пальчикової нейрогінмнастики, наприклад: “яблуко та черв`ячок”, “кільця”, “вухо - ніс”.

Мета: покращення міжпівкульної взаємодії, довільної регуляції та концентрації уваги.

Вправа 3: “Коректурна проба”

Мета: розвиток довільної уваги, стійкості та концентрації психічної діяльності, формування навичок самоконтролю та довільної регуляції діяльності, підвищення здатності до утримання інструкції та завершення діяльності в умовах когнітивного навантаження. Орієнтовна тривалість виконання: 5 - 7 хвилин.

Інструкція: дитині пропонується бланк із рядками, заповненими різними символами чи зображеннями. Завдання полягає у необхідності знаходити та позначати визначені символи відповідно до інструкції. Перед виконанням вправи психолог наголошує, що основною метою є не швидкість виконання, а уважність та спокійне повернення до завдання у випадку відволікання або помилки. У процесі роботи дитина навчається підтримувати концентрацію уваги, контролювати імпульсивні реакції та завершувати діяльність без уникнення при виникненні труднощів.

Вправа 4: “Знайомство з піском. Застосування технік з пісочної терапії”.
Орієнтовна тривалість виконання: 5 - 10 хвилин.

Мета: формування безпеки, встановлення контакту та зниження напруги.

Інструкція: “Дитині пропонується пересипати пісок, торкатись його, залишати сліди, малювати лінії, проводити пальцями по поверхні”.

Вправа 5: “Соціально - емоційний конструктор”. Орієнтовна тривалість виконання: 10 хвилин. Мета: покращення усвідомленості та ідентифікації емоційних станів.

Інструкція: дитині пропонуються картки з зображенням різних людей з різними емоціями та необхідно ідентифікувати емоцію певної людини, яка буде намальована на картці.

Вправа 6: “Дихальні релаксаційні вправи”. Орієнтовна тривалість виконання: 5 хвилин.

Мета: зниження тривожності, емоційно - психологічна стабілізація.

Інструкція: дитина займає положення лежачи та психолог говорить: «Уяви, що у твій животик неначе як повітряна кулька. Коли ти вдихаєш носиком — кулька повільно надувається, коли видихаєш ротиком — кулька

повільно здувається». Дитина кладе руки на живіт, під час того як вдихає носом, її живіт підіймається, під час того як видихає ротом, живіт опускається. Дихання має бути рівномірним, вправа виконується у сповільненому темпі.

Заняття 2.

Вправа 1 “Термометр емоцій”

Мета: покращення усвідомленості та ідентифікації емоційних станів. Орієнтовна тривалість виконання: 5 - 7 хвилин.

Інструкція: дитині надається бланк, на якому зображений термометр з основними емоціями: радість, сум, здивування, страх, злість. Дитина має відмітити на термометрі ті емоції, які переживала за останні кілька днів, відбувається обговорення емоційних станів та подій, під час яких дитина переживала певні емоційні стани.

Вправа 2 “Ритмічне повторення”.

Мета: розвиток концентрації та стійкості уваги, розвиток здатності утримувати інструкцію, формування довільного контролю діяльності та зниження імпульсивності. Орієнтовна тривалість виконання: 5 - 10 хвилин.

Інструкція: Психолог пояснює дитині: “Зараз я буду простукувати або проплескувати певний ритм, а твоє завдання — уважно слухати та повторювати його точно так само”. Спочатку психолог демонструє прості ритмічні структури, наприклад, у процесі виконання вправи поступово: збільшується довжина ритмічних рядів, змінюється темп, додаються більш довгі паузи, використовуються тихі та голосні удари.

Вправа 3 “Уважний м`яч”.

Мета: розвиток довільної уваги та переключення уваги, формування навичок гальмівного контролю, розвиток здатності утримувати інструкцію та

змінювати спосіб реагування відповідно до умов діяльності, покращення сенсомоторної координації та саморегуляції. Орієнтовна тривалість: 8 - 12 хвилин.

Інструкція: учасники передають м'яч один одному за наступною інструкцією: “Коли дитині кидають м'яч, вона повинна покотити його назад, а коли їй котять м'яч, вона його кидає. Далі інструкція змінюється та ускладнюється: під час того як психолог піднімає палець вгору, дитині необхідно кинути м'яч у повітрі, коли психолог покаже кулак – дитині необхідно буде покотити м'яча.

Вправа 4: “Острів радості та безпеки”

Мета: зниження психоемоційного напруження та тривожності, формування відчуття безпеки, розвиток емоційної усвідомленості. Орієнтовна тривалість виконання: 10–15 хвилин.

Інструкція: дитині надається пісочниця та набір різноманітних фігурок. Психолог пропонує наступну інструкцію: “Уяви, що ти можеш створити власний острів, де тобі буде спокійно, безпечно та радісно. На цьому острові можуть бути будь-які предмети, люди, тварини чи казкові герої, яких ти захочеш запросити. Створи цей острів так, як тобі подобається”. Після завершення побудови психолог ставить уточнювальні запитання: “що знаходиться на твоєму острові?”, “хто тут живе?”, «що допомагає мешканцям почуватися щасливими та захищеними?», «що тут найбільше подобається?», «куди можна прийти, якщо стане сумно або страшно?».

Під час виконання вправи психолог підтримує розповідь дитини, акцентуючи увагу на ресурсних образах, відчутті безпеки. Наприкінці вправи дитині пропонується розповісти про найулюбленіше місце на острові та про те, що допомагає його мешканцям справлятися зі складними ситуаціями.

Вправа 5 “Метелик на долоньках”

Мета: зниження тривожності, розвиток концентрації уваги на тілесних відчуттях та формування навичок самозаспокоєння.

Орієнтовна тривалість виконання: 5 хвилин.

Інструкція: дитина сідає або лягає у зручному положенні та кладе долоні на коліна. Психолог говорить: “уяви, що на твої долоньки сів маленький метелик. Він дуже легкий і спокійний. Зроби повільний вдих носом і відчуй, як метелик трохи піднімає свої крильця. А тепер повільно видихни ротом — метелик плавно опускає крильця. Спробуй дихати так тихо і спокійно, щоб не налякати його”. Вправа виконується протягом 5–6 дихальних циклів. Після завершення психолог запитує: “що ти помітив(ла) у своєму тілі? Чи стало тобі трохи спокійніше?”.

Заняття 3.

Вправа 1: “Емоційний щоденник детектива”

Мета: розвиток емоційного усвідомлення, здатності розпізнавати та вербалізувати власні переживання. **Орієнтовна тривалість:** 5–7 хвилин.

Інструкція: психолог говорить: “сьогодні ти станеш емоційним детективом. Пригадай три ситуації, які трапилися з тобою протягом останніх кількох днів. Розкажи, що сталося, яку емоцію ти відчував(ла) та що могло вплинути на появу цих почуттів”.

Вправа 2: “Слухай уважно — дій навпаки”

Мета: розвиток довільної регуляції діяльності, підтримання уваги та здатності утримувати інструкцію.

Орієнтовна тривалість: 5–10 хвилин.

Інструкція: психолог пояснює: “ми будемо грати у гру навпаки. Якщо я скажу "встань" — тобі потрібно сісти. Якщо скажу "підніми руки" — опусти їх. Якщо скажу "крок вперед" — зроби крок назад. Головне правило — не поспішати та уважно слухати”.

Вправа 3 “Детектив емоцій”

Мета: розвиток здатності розпізнавати емоції, встановлювати зв'язок між подіями, переживаннями та поведінкою, формування навичок вербалізації емоцій. Орієнтовна тривалість: 15–20 хвилин.

Інструкція: психолог пропонує дитині стати «детективом емоцій». Дитині демонструються картки із зображенням людей у різних ситуаціях. Завдання дитини — знайти «емоційні підказки» та відповісти на питання психолога.

Вправа 4: “Насос та м'яч”

Мета: розвиток емоційної та тілесної саморегуляції та зниження психоемоційного напруження. Орієнтовна тривалість виконання: 5 хвилин.

Інструкція: хтось займає позицію та грає роль насоса, інший же займає позицію та грає роль м'яча. Той, хто, грає роль насоса, має тільки за допомогою міміки та тіла показувати те, як насос накачує м'яч, відповідно, той, хто грає роль м'яча тільки за допомогою міміки та тіла показує як м'яч поступово накачується. Далі, гравці змінюють свої ролі.

Заняття 4

Вправа 1 “Кольоровий настрій”

Мета: розвиток емоційного усвідомлення, розвиток здатності ідентифікувати власні емоційні стани та формування навичок їх вербалізації. Орієнтовна тривалість виконання: 5 – 7 хвилин.

Інструкція: психолог пропонує дитині набір кольорових карток або олівців та пояснює: «Кожен колір може бути схожим на певний настрій або емоцію. Обери кольори, які схожі на те, як ти почувався/почувалася сьогодні або протягом останніх днів». Після цього дитина пояснює, чому вона обрала саме ці кольори та з якими емоціями вони у неї асоціюються. Додатково психолог може попросити дитину намалювати свій настрій за допомогою обраних кольорів.

Вправа 2: “Світлофор”

Мета: розвиток довільної регуляції діяльності, розвиток гальмівного контролю, формування навичок самоконтролю та переключення уваги. Орієнтовна тривалість виконання: 5 – 10 хвилин.

Інструкція: психолог пояснює дитині правила гри: «Зараз ми будемо грати у світлофор. Коли я покажу зелену картку – ти можеш рухатися, ходити або виконувати будь-які рухи. Коли я покажу жовту картку – ти маєш почати рухатися повільно та дуже уважно. Коли я покажу червону картку – ти маєш повністю зупинитися». Поступово психолог ускладнює завдання: змінює темп показу карток, додає нові правила або спеціально намагається заплутати дитину швидкою зміною сигналів.

Вправа 3: “Що герой може зробити?”(карткові ігри “Емоційний інтелект”/ “Звідки беруться друзі?”).

Мета: розвиток навичок соціального прогнозування, розвиток емоційного інтелекту, формування адаптивних способів реагування у фруструючих ситуаціях. Орієнтовна тривалість виконання: 15 – 20 хвилин.

Інструкція: психолог демонструє дитині картки або короткі історії із соціальними ситуаціями та говорить: «Зараз ми будемо переглядати картки з різними ситуаціями. Тобі потрібно буде подумати та розповісти: що сталося з героєм, що він міг відчувати, про що він міг думати та що він може зробити у цій ситуації». Далі психолог разом із дитиною обговорює різні варіанти поведінки персонажа та можливі наслідки кожного варіанту.

Вправа 4: “Вправа «Слухай на всі вуха»

Мета: розвиток слухової уваги та слухового сприймання, розвиток довільної регуляції діяльності та навичок переключення уваги. Орієнтовна тривалість: 5 - 7 хвилин.

Інструкція: дорослий читає речення та одночасно стукає декілька разів по столу. Важливо, щоб дитина не бачила рухи вашої руки, тому прикрийте руку або постукайте під столом. Задача дитини: повторити речення та назвати кількість ударів. Також дитина може відтворити речення та удари по столу точно так само, як дорослий.

Вправа 5 “Морські хвилі»

Мета: зниження психоемоційного напруження, розвиток навичок самозаспокоєння та формування усвідомленого дихання.

Орієнтовна тривалість: 5 хвилин.

Інструкція: дитина займає зручне положення сидячи або лежачи. Психолог говорить: “уяви, що ти лежиш на березі моря і спостерігаєш за хвилями. Кожен вдих схожий на хвилю, яка повільно наближається до берега, а кожен видих — на хвилю, яка спокійно відходить назад. Спробуй дихати повільно та рівно, спостерігаючи, як хвилі приходять і відступають”. Психолог пропонує дитині зробити 5–7 спокійних циклів дихання та звернути увагу на відчуття у тілі після завершення вправи.

Заняття 5

Вправа 1: “Картка настрою”

Мета: розвиток емоційного усвідомлення, формування навичок ідентифікації власного емоційного стану, зниження емоційного напруження та плавне включення дитини у заняття.

Орієнтовна тривалість виконання: 5 хвилин .

Інструкція: психолог пропонує дитині набір карток із різними емоціями, кольорами, смайликами або зображеннями персонажів та говорить: «Обери картку, яка найбільше схожа на твій настрій сьогодні». Після вибору психолог може поставити декілька простих уточнювальних запитань.

Вправа 2: “Хто повільніше”

Мета: розвиток довільної регуляції діяльності, розвиток гальмівного контролю та навичок самоконтролю, зниження імпульсивності, формування здатності контролювати темп власних дій та підвищення стійкості уваги. Орієнтовна тривалість: 8 -12 хвилин.

Інструкція: може виконуватися у такі два варіанти: 1)разом з дитиною вигадуюмо довге слово(має бути знайоме для дитини), по команді обидва учасники одночасно вимовляють слово, але виграє той, хто скаже слово повільніше.

2)учасники сідають навпроти один одного, між ними предмет(іграшка/кулька/будь – який інший предмет). По команді гравці повільно тягнуться рукою до предмета, хто дістане предмет останнім, той і виграв.

Вправа 3: “Інструктор місії”

Мета: розвиток довільної регуляції діяльності, самоконтролю, стійкості та переключення уваги, формування навичок контролю помилок, когнітивної

гнучкості та відповідальності за виконання інструкції. Орієнтовна тривалість: 10–15 хвилин.

Інструкція: психолог повідомляє дитині: «сьогодні ти станеш інструктором спеціальної місії. Твоє завдання — пояснити мені, як правильно виконувати різні дії, а також уважно спостерігати за тим, чи не помиляюся я. Ти можеш змінювати інструкції, ускладнювати їх та зупиняти мене, якщо я роблю щось неправильно». Дитина самостійно формулює 3–5 правил або послідовностей дій (наприклад: плеснути в долоні, тупнути ногою, покрутитися навколо себе). Психолог навмисно допускає окремі неточності або порушує порядок виконання. Завдання дитини — помітити помилки, пояснити їх та запропонувати правильний варіант виконання. Наприкінці вправи дитина оцінює, наскільки уважним був “виконавець місії”, та визначає, що допомогло їй бути уважною.

Вправа 4. «Збережи секрет»

Мета: розвиток здатності до довільної регуляції діяльності та контролю в процесі вербальної взаємодії. Орієнтовна тривалість виконання: 7 - 10 хвилин.

Інструкція: психолог вимовляє різні слова, дитині потрібно чітко їх повторювати. При цьому задається умова («секрет»): наприклад, не можна повторювати назви квітів. Якщо дитина почула назву квітки, вона повинна мовчки плеснути у долоні, або тупнути ногою один раз.

Вправа 5 “Черепашка”

Мета: розвиток навичок емоційної та тілесної саморегуляції, зниження психоемоційного напруження та рівня тривожності, формування навичок самозаспокоєння, розвиток здатності усвідомлювати власний емоційний стан та контролювати імпульсивні реакції.

Орієнтовна тривалість виконання: 5 – 7 хвилин.

Інструкція: психолог пояснює дитині: «уяви, що ти маленька черепашка. Коли черепашка хвилюється, лякається або втомлюється — вона ховається у свій панцир, щоб відпочити та заспокоїтися. Зараз ми теж спробуємо побути черепашкою». Після цього психолог демонструє рухи та виконує вправу разом із дитиною.

1. Дитині пропонується повільно “сховатися у панцир”:

- трохи нахилити голову вниз;
- обійняти себе руками або підтягнути плечі;
- згорнутися у більш компактну позу.

2. Психолог говорить спокійним та повільним голосом: «Черепашка сховалася у свій безпечний панцир. Тут спокійно та безпечно».

3. Далі дитина разом із психологом виконує декілька повільних вдихів та видихів:

- повільний вдих носом;
- повільний видих ротом.

Заняття 6

Вправа 1: “Пісочний настрій”

Мета: розвиток емоційного усвідомлення, зниження психоемоційного напруження, розвиток здатності вербалізувати власний емоційний стан та формування емоційного контакту з психологом.

Орієнтовна тривалість виконання: 5 – 7 хвилин.

Інструкція: психолог пропонує дитині пісочницю та пояснює: «спробуй показати у піску, який у тебе сьогодні настрій. Ти можеш малювати пальцями, робити сліди, гірки, доріжки або будь-які форми, які будуть схожі на твій стан». Після завершення психолог може поставити уточнювальні запитання: «який зараз твій пісочний настрій?», «що в ньому спокійне, а що тривожне?», «що могло б допомогти цьому настрою стати більш спокійним?».

Вправа 2: “Спокійні лінії”

Мета: зниження психоемоційного напруження, розвиток навичок саморегуляції, стабілізація емоційного стану та розвиток концентрації уваги. Орієнтовна тривалість виконання: 7 – 10 хвилин.

Інструкція: психолог пропонує дитині аркуш паперу та матеріали для малювання (олівці, пастель або фломастери) та говорить: «зараз ми будемо малювати лінії, які допомагають заспокоїтися. Вони можуть бути плавними, повільними, хвилястими або м'якими». Під час малювання психолог пропонує дитині: малювати повільно, спостерігати за рухами руки, звертати увагу на дихання. Додатково психолог може використовувати словесний супровід: «Лінії стають спокійними... рука рухається повільно... дихання рівне та спокійне».

Вправа 3: “Безпечне місце у пісочниці”

Мета: зниження рівня тривожності, формування внутрішнього відчуття безпеки, розвиток емоційної стабілізації та навичок самозаспокоєння. Орієнтовна тривалість виконання: 15 – 20 хвилин.

Інструкція: психолог пропонує дитині створити у пісочниці місце, де можна почуватися спокійно та безпечно. Для цього дитині надаються мініатюрні фігурки людей, тварин, будиночків, дерев та інших предметів. Психолог пояснює: «спробуй побудувати у пісочниці місце, де можна відпочити від хвилювання та відчути себе у безпеці». Після завершення побудови психолог обговорює з дитиною: “хто живе у цьому місці?” “що допомагає тут почуватися спокійно?”, “що може захищати це місце?”, «що допомагає персонажам справлятися з хвилюванням?».

Вправа 4: “Малюнок тривоги та спокою”

Мета: розвиток емоційного усвідомлення, зниження внутрішнього напруження, формування навичок диференціації емоційних станів та розвиток здатності до символічного вираження переживань. Орієнтовна тривалість виконання: 15 – 18 хвилин.

Інструкція: дитині пропонується поділити аркуш на дві частини. На одній частині потрібно намалювати “тривогу”, а на іншій — “спокій”. Психолог пояснює: «Тривога та спокій можуть виглядати по-різному. Спробуй намалювати їх так, як ти їх уявляєш».

Після завершення малювання психолог обговорює з дитиною: “чим відрізняються ці малюнки?» «що допомагає переходити від тривоги до спокою?», «що може зробити малюнок тривоги меншим?»

Заняття 7

Вправа 1: “Мій емоційний герой”

Мета: розвиток емоційного усвідомлення, формування контакту з власними переживаннями, розвиток здатності до вербалізації емоцій та зниження емоційного напруження. Орієнтовна тривалість виконання: 5 – 7 хвилин.

Інструкція: психолог пропонує дитині обрати або намалювати персонажа, який найбільше схожий на її сьогоднішній стан. Психолог пояснює: «іноді наші емоції можуть бути схожими на різних героїв. Спробуй придумати героя, який сьогодні схожий на тебе за настроєм або переживаннями». Після цього психолог обговорює з дитиною історію про героя, якого дитина намалювала.

Вправа 2: “Перетвори тривогу”

Мета: зниження психоемоційного напруження, розвиток здатності до символічного вираження переживань та формування відчуття контролю над

тривожними

емоціями.

Орієнтовна тривалість виконання: 10 – 15 хвилин.

Інструкція: психолог пропонує дитині намалювати свою тривогу у будь-якому вигляді: істоти, плями, монстра, хмаринки, кольору або форми.

Після цього психолог говорить: «А тепер спробуй змінити цю тривогу так, щоб вона стала менш страшною або більш доброю». Дитина може: домалювати щось смішне, змінити кольори, зробити тривогу маленькою, посадити її у коробку, додати захист або помічника. Після завершення обговорюється: “що змінилося?”, “що допомогло зробити тривогу менш сильною?”.

Вправа 3: “Мій внутрішній помічник”

Мета: формування підтримувального внутрішнього образу, розвиток навичок самопідтримки, зниження внутрішньої критики та підвищення емоційної стійкості. Орієнтовна тривалість виконання: 15 – 20 хвилин.

Інструкція: психолог пояснює дитині: “у кожної людини може бути внутрішній помічник — частинка, яка підтримує, заспокоює і допомагає справлятися зі складними ситуаціями». Дитині пропонується: намалювати свого “внутрішнього помічника”, придумати йому ім’я, описати, як він допомагає у хвилюючих ситуаціях. Психолог може ставити уточнювальні запитання: «що говорить цей помічник, коли тобі тривожно?», «як він допомагає справлятися зі страхом або помилками?», «що робить тебе сильнішим поруч із ним?». Наприкінці вправи дитина може коротко розіграти ситуацію, у якій “внутрішній помічник” підтримує її.

Вправа 4: “Скринька ресурсів”

Мета: формування навичок самопідтримки, закріплення позитивного емоційного досвіду та завершення заняття у стані емоційної стабілізації. Орієнтовна тривалість виконання: 5 – 7 хвилин.

Інструкція: психолог пропонує дитині намалювати або символічно створити “скриньку ресурсів”, у яку можна “складати” те, що допомагає справлятися з тривогою та хвилюванням.

У скриньку дитина може “покласти”:

- приємні спогади;
- підтримуючі слова;
- улюблені заняття;
- образи безпечних людей;
- способи заспокоєння.

Наприкінці психолог обговорює: з дитиною: «що сьогодні стало твоїм ресурсом?», «що можна використовувати, коли стає тривожно?»

Вправа 5: «Квітка і свічка»

Мета: зниження тривожності, розвиток навичок самозаспокоєння та концентрації уваги на власному диханні. Орієнтовна тривалість виконання: 5 хвилин.

Інструкція: психолог говорить: “уяви, що в одній руці ти тримаєш запашну квітку, а в іншій — маленьку свічку. Повільно вдихни носиком, ніби хочеш відчути аромат квітки. А тепер так само повільно видихни ротиком, ніби хочеш похитнути полум'я свічки, але не загасити його. Спробуй дихати спокійно та рівномірно”. Вправа повторюється 5–7 разів.

Заняття 8

Вправа 1: «Валіза настрою»

Мета: формування безпечного контакту, розвиток емоційного усвідомлення та здатності говорити про власні переживання. Орієнтовна тривалість: 10–15 хвилин.

Інструкція: психолог говорить: “уяви, що сьогодні ти прийшов(ла) на заняття з невидимою валізою. У цій валізі можна принести все, що зараз є всередині тебе: думки, емоції, переживання, спогади. Намалюй або запиши, що знаходиться у твоїй валізі сьогодні”.

Після завершення психолог обговорює з дитиною:

- що ти поклав(ла) у свою валізу?
- що з цього допомагає тобі?
- чи є щось, що хотілося б залишити тут і не носити із собою?
- що хотілося б покласти у валізу наступного разу?

Вправа 2: “Елементи з пальчикової нейрогімнастики. Перехресні рухи, зміна позицій рук”.

Мета: покращення міжпівкульної взаємодії, довільної регуляції та концентрації уваги. Орієнтовна тривалість виконання: 5 хвилин.

Інструкція: психолог демонструє вправи з пальчикової нейрогімнастики, наприклад: “яблуко та черв`ячок”, “кільця”, “вухо - ніс”.

Вправа 3: “Команди”.

Мета: розвиток довільної регуляції діяльності, розвиток здатності до переключення уваги та утримання програми дій, формування навичок гальмівного контролю та когнітивної гнучкості. Орієнтовна тривалість виконання: 5 - 8 хвилин.

Інструкція: дитина отримує бланк з двома фігурами, які змінюють одне одного, завдання дитини наступне, коли буде квадрат - необхідно підняти вказівний палець вгору та назвати число від 1 до 20, коли буде коло - потрібно показати кулак та назвати тварину. Числа та назви тварин не мають повторюватися.

Вправа 4: “Соціальні історії”

Мета: розвиток емоційного усвідомлення, розвиток здатності визначати зв'язок між ситуацією, емоціями та поведінкою, формування навичок подолання фрустрації, розвиток когнітивної гнучкості та соціального прогнозування, формування адаптивних способів реагування у складних соціальних ситуаціях та розвиток навичок емоційної саморегуляції. Орієнтовна тривалість виконання: 15 – 20 хвилин.

Вправа 5: “Закінчи послідовність”

Мета: розвиток стійкості та концентрації уваги, формування навичок завершення діяльності, розвиток когнітивної гнучкості, навичок аналізу закономірностей та довільної регуляції діяльності. Також вправа сприяє розвитку самоконтролю, зниженню імпульсивності та формуванню здатності утримувати програму дій до завершення завдання. Орієнтовна тривалість виконання: 7 – 12 хвилин.

Інструкція: психолог надає дитині бланк або ряд предметів/карток із певною закономірністю та пояснює: «Зараз тобі потрібно уважно подивитися на послідовність та зрозуміти правило, за яким вона побудована. Після цього спробуй продовжити її правильно». Варіанти виконання: а) візуальні послідовності, під час цього варіанту, дитині пропонуються: кольори, геометричні фігури, символи, картинки; б) послідовності рухів. Психолог показує рухи: плескання, тупання, підняття руки. Дитина має повторити та

продовжити послідовність; в) слухо-мовленнєві послідовності. Психолог називає числа, слова, тварин, дні тижня.

Заняття 9

Вправа 1: “Перехресні кроки”

Мета: розвиток координації рухів, довільної уваги, здатності утримувати інструкцію та переключатися між руховими програмами. Орієнтовна тривалість: 5–7 хвилин.

Інструкція: психолог пропонує дитині стати рівно та пояснює: «зараз ми будемо робити перехресні рухи. Тобі потрібно правою рукою торкнутися лівого коліна, а потім лівою рукою — правого коліна». Спочатку дитина виконує рухи повільно разом із психологом. Далі темп поступово збільшується. Після кількох повторів додається ускладнення: дитина має рахувати від 1 до 10 або називати кольори під час виконання рухів.

Вправа 2: «Пошук загублених чисел»

Мета: розвиток стійкості уваги, зорового пошуку, концентрації та здатності утримувати програму діяльності.

Орієнтовна тривалість: 7–10 хвилин.

Інструкція: психолог пропонує дитині таблицю 5×5, у якій випадковим чином розташовані числа від 1 до 25 та надає таку інструкцію: «у цій таблиці загубилися числа. Твоє завдання — знайти їх по порядку: від 1 до 25. Намагайся працювати уважно та не поспішати. Якщо помилишся — нічого страшного, можна повернутися і спробувати ще раз”.

Після завершення психолог обговорює: що допомагало зосередитися, у який момент було найважче, що ти робив(ла), коли відволікався(лася)?

Вправа 3: “Знайди та закресли”.

Мета: розвиток стійкості та вибіркової уваги.

Орієнтовна тривалість: 10 - 12 хвилин.

Інструкція: дитині пропонується бланк із різними символами, буквами або простими фігурами. Психолог говорить: «тобі потрібно уважно переглядати рядки та закреслювати лише ті символи, які я назву. Наприклад, закреслює трикутники та букву “п”. Можливі варіанти ускладнення: закреслювати один символ, а інший обводити, працювати за таймером, змінити правило всередині завдання.

Вправа 4: “Веселий барабанщик”.

Мета: розвиток слухової пам’яті, ритмічної організації діяльності, концентрації уваги, послідовності дій та довільного контролю. Орієнтовна тривалість: 5–7 хвилин.

Інструкція: психолог відстукує простий ритм долонею по столу, а дитина має уважно його прослухати та повторити. Наприклад: один удар — пауза — два удари, два удари — пауза — один удар, повільно — швидко — повільно. Після кількох простих ритмів психолог ускладнює завдання: додає довші ритмічні послідовності або просить дитину самостійно придумати ритм для повторення.

Вправа 5: “Повільний робот”

Мета: розвиток довільної регуляції рухів, гальмівного контролю, здатності контролювати темп діяльності, зниження імпульсивності та стабілізація психоемоційного стану. Орієнтовна тривалість: 5–7 хвилин.

Інструкція: психолог пояснює дитині: «уяви, що ти робот, який рухається дуже повільно і точно. Твоє завдання — виконувати рухи так

повільно, щоб робот не помилився». Дитина повільно виконує рухи: піднімає руку, робить крок, повертає голову, сідає, бере предмет.

Вправа 6 “Кульбабка”.

Мета: розвиток навичок дихальної саморегуляції, зниження психоемоційного напруження та рівня тривожності.

Орієнтовна тривалість виконання: 3 – 5 хвилин.

Інструкція: психолог говорить дитині: «уяви, що перед тобою велика пухнаста кульбаба. На ній багато легких білих пушинок. Зараз ми будемо дуже обережно та повільно їх здувати». Психолог демонструє правильне дихання: повільний вдих носом, плавний та довгий видих ротом. Після цього дитина виконує вправу разом із психологом. Вправа повторюється 5–7 разів у повільному темпі.

Заняття 10

Вправа 1: “Мій настрій та рівень напруги”.

Мета: розвиток емоційного усвідомлення, формування навичок самоспостереження та визначення рівня емоційного напруження. **Орієнтовна тривалість:** 5–7 хвилин.

Інструкція: психолог пропонує дитині картки емоцій або шкалу від 1 до 10 та говорить: «спробуй показати, який у тебе зараз настрій та наскільки твоє тіло зараз напружене або спокійне». Після цього дитина коротко описує: що допомагає їй почуватися спокійніше, що може викликати хвилювання або роздратування.

Вправа 2: “Помилятися дозволено”

Мета: зниження страху помилки, формування толерантності до фрустрації, розвиток когнітивної гнучкості та навичок самопідтримки. Орієнтовна тривалість: 10–15 хвилин.

Інструкція: психолог пропонує дитині виконати завдання із поступовим ускладненням (це можуть бути лабіринти, графічний диктант, послідовності). У процесі виконання психолог спеціально створює ситуації помилки або складності. Психолог формує разом із дитиною “думки-помічники”: «я можу спробувати ще раз», «помилка не означає, що я поганий», «я можу робити поступово».

Вправа 3: “Різноманітні послідовності”

Мета: розвиток стійкості уваги, довільної регуляції діяльності, формування навичок завершення діяльності та підвищення толерантності до труднощів. Орієнтовна тривалість: 10–12 хвилин.

Інструкція: дитині пропонується завдання, яке потребує послідовного виконання кількох дій: знайти символи, запам’ятати інструкцію, виконати послідовність рухів, продовжити закономірність.

Вправа 4: “Що можна зробити?”

Мета: розвиток навичок емоційної регуляції, формування адаптивних способів реагування у ситуації фрустрації та розвиток соціального прогнозування. Орієнтовна тривалість: 15 хвилин.

Інструкція: психолог демонструє дитині історії: програш у грі, помилка, необхідність чекати, невдача у завданні. Дитина має: визначити емоцію героя, сказати, що він міг подумати, придумати способи допомоги герою. Наприкінці психолог формує разом із дитиною “план допомоги під час переживання фруструючих ситуацій”.

Вправа 5: “Тепла хвиля”

Мета: зниження психоемоційного напруження, тілесна релаксація та стабілізація емоційного стану. Орієнтовна тривалість: 5–7 хвилин.

Інструкція: психолог пропонує дитині сісти у зручне положення або лягти на килимок. Психолог говорить тихим та повільним голосом: «зараз ми будемо уявляти, що по твоєму тілу повільно рухається тепла хвиля спокою. Вона допомагає тілу відпочивати та розслаблятися». Психолог просить дитину: повільно покласти руки вздовж тіла або на коліна, зробити спокійний вдих носом, повільно видихнути ротом.

Заняття 11

Вправа 1: “Що мені допомагає?”

Мета: розвиток самоспостереження та формування навичок визначення власних способів саморегуляції. Орієнтовна тривалість: 7 хвилин.

Інструкція: дитині пропонується картки або малюнки із різними способами заспокоєння: дихання, малювання, музика, пауза, рух. Дитина обирає: що допомагає саме їй, що працює найкраще, що можна використати у школі або вдома.

Вправа 2: “Помилятися дозволено”

Мета: зниження страху помилки, формування толерантності до фрустрації, розвиток когнітивної гнучкості та навичок самопідтримки. Орієнтовна тривалість: 10–15 хвилин.

Інструкція: психолог пропонує дитині виконати завдання із поступовим ускладненням (це можуть бути лабіринти, графічний диктант, послідовності). У процесі виконання психолог спеціально створює ситуації помилки або складності. Психолог формує разом із дитиною “думки-помічники”: «я можу

спробувати ще раз», «помилка не означає, що я поганий», «я можу робити поступово».

Вправа 3: “Рольові ситуації”

Мета: закріплення навичок саморегуляції та перенесення їх у соціальні ситуації. Орієнтовна тривалість: 20 - 25 хвилин.

Інструкція: психолог розіграє разом із дитиною ситуації:

- не виходить завдання;
- хтось образив;
- потрібно чекати;
- програш.

Дитина має: зафіксувати емоцію, використати спосіб чи стратегію заспокоєння, запропонувати адаптивну реакцію.

Заняття 12

Вправа 1: “Який я зараз?”

Мета: розвиток саморефлексії та усвідомлення змін, які відбулися протягом програми. Орієнтовна тривалість: 10 - 15 хвилин.

Інструкція: дитині пропонується: намалювати те, як вона почуває себе зараз, прокоментувати, що змінилося, які навички вона навчилася використовувати.

Вправа 2: “Дерево моїх успіхів”

Мета: підвищення самооцінки, закріплення позитивного досвіду та навичок. Орієнтовна тривалість: 10–15 хвилин.

Інструкція: дитина малює дерево. На листочках або гілках записуються: нові навички, які сформувалися, ситуації, з якими вдалося впоратися і також ті аспекти, які ще потребують доопрацювання.

Вправа 3: “Скринька навичок”

Мета: інтеграція навичок саморегуляції та формування внутрішнього ресурсу. Орієнтовна тривалість: 15 хвилин.

Інструкція: дитина створює “скриньку”, у яку символічно “складає”:

- способи та стратегії заспокоєння;
- думки-помічники;
- підтримуючі образи.

Вправа 4: “Моя суперсила”. Мета: формування позитивного образу себе та розвиток емоційної стійкості. Орієнтовна тривалість: 10 хвилин.

Інструкція: дитина малює себе як героя, який:

- вміє справлятися з хвилюванням;
- може продовжувати діяльність;
- знає способи допомоги собі.

Вправа 5: “Ритуал завершення”

Мета: завершення корекційної роботи у безпечному емоційному стані та закріплення позитивного досвіду. Орієнтовна тривалість: 10 - 15 хвилин.

Інструкція: психолог дякує дитині за роботу та обговорює: що найбільше запам’яталося, що було корисним, які вправи дитина буде використовувати у повсякденному житті.

3.3. Корекційна програма для дітей з переважаючою гіперактивністю

Заняття 1

Вправа 1: “Мій настрій сьогодні”

Мета: формування безпечного контакту, розвиток емоційного усвідомлення та зниження емоційного напруження. Орієнтовна тривалість виконання: 5–7 хвилин.

Інструкція: психолог пропонує дитині вибрати кольори та намалювати свій сьогоднішній настрій. Психолог говорить: «Спробуй показати, який у тебе сьогодні настрій. Його можна намалювати будь-яким способом: кольорами, лініями, фігурами або персонажами». Після завершення малювання психолог ставить уточнювальні запитання. Психолог підтримує будь-які відповіді дитини та уникає оцінювання малюнка.

Вправа 2: «Диспетчер польотів»

Мета: розвиток довільної регуляції діяльності, гальмівного контролю, переключення уваги, здатності дотримуватися інструкції та контролювати імпульсивні реакції. Орієнтовна тривалість: 10–15 хвилин.

Інструкція: психолог повідомляє дитині: «уяви, що ти пілот літака, а я диспетчер. Я буду давати тобі різні команди, а ти маєш уважно слухати та виконувати лише ті, які відповідають правилам польоту». Спочатку використовуються три прості команди:

- «злітаємо» — дитина розводить руки в сторони та рухається по кімнаті;
- «турбулентність» — дитина уповільнює рух і робить маленькі кроки;
- «посадка» — дитина зупиняється та завмирає.

Поступово психолог: прискорює темп подачі команд, змінює їх послідовність, вводить додаткові інструкції (наприклад, під час «турбулентності» необхідно торкнутися плечей або присісти).

Вправа 3: “Уважний барабан”.

Мета: розвиток слухової уваги, контролю імпульсивних реакцій, ритмічної організації діяльності та здатності утримувати програму дій. Орієнтовна тривалість виконання: 10 - 15 хвилин.

Інструкція: Психолог пояснює: «зараз я буду відстукувати різні ритми, а тобі потрібно уважно слухати та повторювати їх точно так само». Спочатку використовуються прості ритми, наприклад: один удар, два удари, удар — пауза — удар. Поступово: збільшується довжина ритмічних рядів, змінюється темп, додаються голосні та тихі удари, вводяться довші паузи.

Вправа 4: “Черепашка”

Мета: розвиток тілесної саморегуляції, зниження психоемоційного напруження та формування навичок самозаспокоєння. Орієнтовна тривалість виконання: 5–7 хвилин.

Інструкція: Психолог пояснює дитині: «уяви, що ти маленька черепашка. Коли черепашка хвилюється або занадто сильно поспішає — вона ховається у свій панцир, щоб заспокоїтися». Дитині пропонується: трохи нахилити голову, обійняти себе руками, згорнутися у більш компактну позу. Після цього психолог говорить спокійним голосом: «черепашка у безпечному панцирі. Тут спокійно та тихо. Черепашка може повільно дихати». Дитина виконує декілька повільних вдихів та видихів. Психолог супроводжує вправу: «Вдих — черепашка заспокоюється», «Видих — напруження поступово йде». Після

декількох циклів дихання дитина повільно “виглядає з панцира”, розслабляє плечі та потягується.

Заняття 2

Вправа 1: “Картка настрою”.

Мета: розвиток емоційного усвідомлення та плавне включення дитини у заняття. **Орієнтовна тривалість виконання:** 5 хвилин.

Інструкція: психолог пропонує дитині набір карток із різними емоціями та говорить: «обери картку, яка найбільше схожа на твій сьогоднішній настрій». Після вибору психолог уточнює: «чому ти обрав саме цю картку?».

Вправа 2: “Хто повільніше”

Мета: розвиток гальмівного контролю, зниження імпульсивності та формування контролю темпу діяльності. **Орієнтовна тривалість виконання:** 8–10 хвилин.

Інструкція: дана вправа може виконуватися у двох варіантах. **Варіант 1:** психолог та дитина одночасно починають дуже повільно вимовляти довге слово. Психолог пояснює: «у цій грі виграє не той, хто швидший, а той, хто краще зможе говорити максимально повільно». **Варіант 2:** перед учасниками лежить предмет. За сигналом психолога дитина та психолог дуже повільно тягнуться до предмета, рух має бути дуже повільним, але зовсім зупинятися не можна.

Вправа 3: “Кодові слова”

Мета: розвиток довільної регуляції поведінки, переключення уваги та контролю імпульсивних реакцій. **Орієнтовна тривалість виконання:** 7–10 хвилин.

Інструкція: психолог називає та демонструє різні дії: плескати, тупати ногами, стрибати, піднімати руки та пояснює наступні правила, якщо я буду говорити кодове слово, наприклад “кіт” - це означає, що рух дозволений і ти маєш зробити один рух з чотирьох запропонованих. При цьому, рухи мають чергуватися між собою. Якщо я скажу кодове слово, наприклад “сіль” - це кодове слово, означає, що рухатись не можна та потрібно завмерти. Поступово: темп виконання пришвидшується.

Після виконання вправи психолог обговорює з дитиною: “чи складною була вправа?, “що допомагало не поспішати та дотримуватись правил виконання?»

Вправа 4: “Чекай сигнал”

Мета: формування здатності чекати та контролювати імпульсивні реакції. Орієнтовна тривалість виконання: 7–10 хвилин.

Інструкція: перед дитиною лежить бажаний предмет або іграшка. Психолог пояснює: «Ти можеш взяти предмет лише тоді, коли почуєш спеціальний сигнал». Психолог під час вправи: робить паузи, затримує сигнал, іноді спеціально намагається заплутати дитину. Якщо дитина починає рухатися раніше — психолог спокійно нагадує правила гри.

Вправа 5: “Кульбабка” або інші дихальні або сенсорні вправи

Мета: зниження психоемоційного напруження. Орієнтовна тривалість виконання: 5 хвилин.

Інструкція: психолог говорить: «уяви, що перед тобою велика пухнаста кульбаба. Зараз ми будемо дуже повільно здувати її пушинки». Дитина робить повільний вдих носом, плавно та довго видихає ротом. Психолог звертає увагу

на: повільний видих, розслаблення плечей, спокійний темп дихання. Вправа повторюється 5–7 разів.

Заняття 3

Вправа 1: «Емоційний детектив»

Мета: розвиток емоційного усвідомлення, формування здатності розпізнавати зв'язок між подіями та емоційними переживаннями, розвиток навичок вербалізації власних почуттів. Орієнтовна тривалість: 5–7 хвилин.

Інструкція: «сьогодні ти станеш емоційним детективом. Спробуй пригадати три ситуації, які трапилися з тобою протягом останніх днів. Розкажи, що сталося, яку емоцію ти тоді відчував(ла) та наскільки сильною вона була».

Вправа 2: “Стоп-ігри”.

Мета: розвиток гальмівного контролю та довільної регуляції діяльності. Орієнтовна тривалість виконання: 8–10 хвилин.

Інструкція: психолог пояснює правила: один плеск — рухатися, але у повільному темпі, два плески — завмерти та не рухатися зовсім, три плески — рухатися у швидкому темпі. Поступово: темп змінюється та чергується, правила ускладнюються та додаються нові сигнали.

Вправа 3: “Соціально - емоційний конструктор”

Мета: визначення ситуацій, у яких дитина найчастіше переживає певні емоційні стани: злості, хвилювання, суму, радості і т.п. Обговорення адаптивних способів реагування на фруструючі ситуації та на ситуації, які викликають інтенсивні емоції. Орієнтовна тривалість виконання: 15 хвилин.

Інструкція: психолог демонструє дитині картки, де зображені різні соціальні ситуації: програш у грі, заборони, необхідність очікування, помилки, виникнення непередбачених обставин. Дитина має: визначити емоцію людини або людей, які зображені на картках, сказати, що ця людина/люди могли відчувати, як вони діють або як можуть діяти, які способи реагування в певній ситуації, яка зображена на картці, будуть найбільш доречними. Психолог, під час обговорення, допомагає дитині знайти способи найбільш адаптивні стратегії саморегуляції та найбільш адаптивні способи реагування.

Вправа 4: “Насос та м’яч”

Мета: зниження тілесного напруження та розвиток саморегуляції. **Орієнтовна тривалість виконання:** 5 хвилин. **Інструкція:** один учасник виконує роль насоса, інший — м’яча. “насос” за допомогою рухів показує, як накачує м’яч. “М’яч” поступово напружує тіло, а потім повільно розслабляється. Після цього учасники змінюються ролями.

Вправа 5: “Тепла хвиля”.

Мета: емоційна стабілізація та тілесна релаксація. **Орієнтовна тривалість виконання:** 5–7 хвилин.

Інструкція: психолог проводить релаксацію через образ теплої хвилі, яка поступово проходить через руки, плечі, спину та ноги дитини.

Заняття 4

Вправа 1: “Мій настрій”. **Мета:** розвиток емоційного усвідомлення та навичок вербалізації емоційних станів. **Орієнтовна тривалість виконання:** 5–7 хвилин.

Інструкція: психолог пропонує дитині фігурки різних тварин, персонажів та говорить: «Обери ту фігуру, яка найбільш схоже передає твій настрій». Після цього дитина пояснює: чому обрала саме цю фігуру.

Вправа 2: “Світлофор із перешкодами”

Мета: розвиток гальмівного контролю, переключення уваги та контролю рухової активності. Орієнтовна тривалість виконання: 10 хвилин.

Інструкція: на підлозі викладається доріжка з перешкодами, використовуються обручі, балансири, гімнастичні палиці та конуси. Дитина рухається по маршруту: зелений сигнал — рух. жовтий — дуже повільний рух, червоний — повна зупинка. Також, під час руху необхідно перестрибувати перешкоди, проходити через різні балансири і т.п. Поступово психолог: пришвидшує сигнали та може додавати або змінювати правила виконання.

Вправа 3: “Слухай уважно”. **Мета:** розвиток слухової уваги, гальмівного контролю та здатності утримувати інструкцію. Орієнтовна тривалість виконання: 7–10 хвилин.

Інструкція: психолог читає слова. Наприклад, якщо буде слово, яке означатиме тварину, дитина має плеснути, а на слова, які означатимуть назви овочів - дитина нічого не робить і мовчить. Поступово: темп збільшується, додаються нові категорії, вводяться “заборонені” слова, наприклад, якщо буде тварина, але зебра - не плескати, а пропускати і мовчати, поступово, кількість заборонених слів може збільшуватися.

Вправа 4: “Що герой може зробити?”

Мета: розвиток толерантності до фрустрації та формування адаптивних способів реагування. Орієнтовна тривалість виконання: 15 хвилин.

Інструкція: психолог демонструє дитині історії на картинках або у книгах, з подібними ситуаціями: хтось забрав іграшку, стався програш або невдача, виникли непередбачувані обставини. Разом із дитиною обговорюються: емоції та дії персонажів, безпечні та адаптивні способи реагування у певних ситуаціях.

Вправа 5: “Їжачок” або інші сенсорні вправи, направлені на релаксацію.

Мета: зниження психоемоційного напруження та розвиток тілесної саморегуляції. Орієнтовна тривалість виконання: 5 хвилин.

Інструкція: дитина “згортається у клубочок”, повільно дихає та поступово “розгортається”.

Заняття 5.

Вправа 1. “Погода мого настрою”

Мета: розвиток емоційного словника та навичок опису внутрішніх переживань. Орієнтовна тривалість: 5 хвилин.

Інструкція: “якби твій настрій сьогодні був погодою, якою б вона була? Сонячною, хмарною, дощовою чи грозовою? Намалюй або покажи цю погоду та розкажи, чому саме вона схожа на твій стан”.

Вправа 2: “Повільний робот”

Мета: розвиток гальмівного контролю та довільної регуляції рухів. Орієнтовна тривалість виконання: 7–10 хвилин.

Інструкція: дитина виконує рухи максимально повільно: бере предмет, сідає, піднімає руку, робить крок.

Вправа 3: “Зачекай”

Мета: формування навичок очікування та зниження імпульсивності.
Орієнтовна тривалість виконання: 15 - 20 хвилин.

Інструкція: перед дитиною кладеться бажаний предмет. Психолог пояснює: «Ти можеш взяти предмет лише після сигналу». Час очікування поступово збільшується та додаються нові правила до вправи, що ускладнює її виконання.

Вправа 4. «Чарівна пір'їнка»

Мета: зниження тривожності та розвиток довільного контролю дихання.
Орієнтовна тривалість: 5 - 10 хвилин.

Інструкція: психолог говорить: «уяви, що перед тобою лежить дуже легка пір'їнка. Зроби спокійний вдих носом, а потім повільно видихай ротом так, ніби хочеш підняти пір'їнку в повітря і не дати їй впасти. Намагайся дихати плавно та рівномірно, щоб пір'їнка летіла повільно» Вправа виконується 5–7 разів.

Заняття 6

Вправа 1. «Скарбничка спокою»

Мета: розвиток навичок саморегуляції, зниження тривожності та формування уявлень про власні ресурси.

Орієнтовна тривалість: 10 хвилин.

Інструкція: психолог говорить: «уяви, що у піску можна сховати особливі скарби, які допомагають тобі почуватися спокійніше та впевненіше. Спробуй створити свою "Скарбничку спокою". Обери фігурки або предмети, які нагадують тобі про те, що допомагає тобі, коли ти хвилюєшся, засмучуєшся або злишся.» Після чого психолог ставить дитині додаткові

питання, наприклад: “що ти поклав(ла) до своєї скарбнички”? “коли тобі може знадобитися цей скарб”? “як він може допомогти тобі у складній ситуації?”.

Вправа 2: Вправа - метафора “Вулкан”

Мета: розвиток здібностей та навичок до аналізу власного емоційного стану. Орієнтовна тривалість: 20 - 30 хвилин.

Інструкція: психолог розповідає дитині про те, що яким чином злість може накопичуватися всередині, що поступово її може ставати дуже багато і вона може прорватися. Фахівець пояснює цей процес через метафору вулкана з лавою, яка накопичується. Дитині пропонується бланк із зображенням вулкана, поділеного на три рівні:

- нижній рівень — злість тільки починає з'являтися;
- середній рівень — злість стає сильнішою;
- верхній рівень — дуже сильна злість, коли важко себе контролювати.

Разом із психологом дитина пригадує ситуації, у яких вона відчуває злість, та описує свій стан на кожному рівні вулкана за такими параметрами: “про що я думаю, коли починаю злитися?”, “що я говорю собі в цей момент?”, “що відбувається з моїм тілом?”, “чи хочеться кричати або плакати?”, “що я роблю, коли починаю злитися?”, “як змінюється моя поведінка?”.

Після опису кожного рівня психолог разом із дитиною обговорює способи заспокоєння, які можуть допомогти на відповідному етапі. Наприкінці вправи складається індивідуальний «план заспокоєння», який допомагатиме дитині помічати зростання злості та використовувати відповідні способи саморегуляції ще до того, як «вулкан» почне вивергатися.

Вправа 3 «Знайди скарб»

Мета: розвиток інгібіторного контролю, довільної уваги, витримки та зниження імпульсивності. Орієнтовна тривалість: 10–12 хвилин.

Інструкція: психолог заздалегідь ховає у піску кілька невеликих предметів або фігурок та надає наступну інструкцію: “у піску заховалися скарби. Твоє завдання — знайти їх, але є одна важлива умова: шукати потрібно дуже повільно. Не можна розкидати пісок чи поспішати. Якщо тобі захочеться пришвидшитися, спробуй зупинитися, зробити вдих і продовжити пошук спокійніше”. Після завершення психолог обговорює: що було найскладнішим, чи хотілося зробити швидше, що допомагало діяти уважніше.

Заняття 7

Вправа 1: «Емоційний режисер»

Мета: розвиток емоційного усвідомлення, навичок контролю інтенсивності емоцій та гнучкості реагування. **Орієнтовна тривалість:** 10–12 хвилин.

Інструкція: психолог говорить: “уяви, що ти режисер власних емоцій. Я буду називати різні емоції, а ти показуватимеш їх так, ніби актор у фільмі. Але режисер може сказати: "Тихіше!", "Голосніше!", "Стоп!" або "Зміни емоцію”.

Вправа 2: “Перетвори злість”. **Мета:** зниження психоемоційного напруження та формування відчуття контролю над імпульсивністю. **Орієнтовна тривалість виконання:** 10–15 хвилин.

Інструкція: дитині пропонується намалювати свою злість у вигляді: істоти, плями, монстра, будь - якого персонажу. Після цього психолог говорить: «Тепер спробуй зробити цю злість менш страшною або більш спокійною». Дитина може змінювати кольори, намалювати щось смішне, зменшувати зображення і т.п.

Вправа 3: “Мій внутрішній помічник”

Мета: формування підтримувального внутрішнього образу та розвиток навичок самопідтримки. **Орієнтовна тривалість виконання:** 15 хвилин.

Інструкція: психолог говорить: «У кожної людини може бути внутрішній помічник, який допомагає заспокоїтися та краще контролювати себе». Дитина: малює помічника, придумує йому ім'я, описує, як він допомагає.

Вправа 4: “Вправа: «Пряниковий чоловічок»

Мета: розвиток емоційного інтелекту, підвищення рівня емоційної усвідомленості, формування навичок саморегуляції та конструктивного подолання злості й агресії. **Орієнтовна тривалість виконання:** 15–25 хвилин.

Інструкція: дитині пропонується намалювати на аркуші великого пряникового чоловічка так, щоб він займав більшу частину сторінки. Після завершення малюнка психолог просить дитину пригадати ситуацію, у якій вона відчувала сильну злість, образу або роздратування. Після обговорення ситуації психолог пояснює, що пряниковий чоловічок також може відчувати різні емоції, зокрема злість, і пропонує дитині уявити, що саме відбувається з ним у такі моменти. Для цього дитині ставляться такі запитання:

1. Про що думає пряниковий чоловічок, коли злиться?
2. Які емоції він відчуває?
3. Що йому хочеться зробити, коли він сердиться?

Після обговорення кожного питання дитина обирає кольори, які асоціюються у неї з відповідними думками, емоціями та бажаннями, а потім зафарбовує ті частини тіла пряникового чоловічка, де, на її думку, вони виникають. Після завершення малюнка психолог разом із дитиною аналізує отримане зображення та обговорює: які сигнали тіла допомагають зрозуміти,

що злість починає зростати, як можна помітити ці сигнали раніше, що допомагає впоратися зі злістю без агресії.

Далі дитині пропонується «допомогти» пряниковому чоловічку впоратися зі своїми почуттями. Разом із психологом вона визначає способи самозаспокоєння та саморегуляції, які можуть допомогти у ситуації злості або фрустрації.

Вправа 5: “Скринька заспокоєння”

Мета: закріплення навичок саморегуляції. Орієнтовна тривалість виконання: 7 - 10 хвилин.

Інструкція: дитина створює “скриньку”, у яку символічно “складає”:

- способи заспокоєння;
- підтримуючі слова;
- улюблені заняття.

Заняття 8

Вправа 1: “Команди”

Мета: розвиток переключення уваги та гальмівного контролю. Орієнтовна тривалість виконання: 7–10 хвилин.

Інструкція: фахівець видає дитині бланк, де у випадковому порядку намальовані квадрат та коло. Коли дитина бачить квадрат — піднімає вказівний палець вгору та називає число від 1 до 20. Коли коло — показує кулак та називає тварину. Числа та назви тварин не повторюються.

Вправа 2. «Детектив помилок»

Мета: розвиток інгібіторного контролю, уважності та здатності помічати невідповідності. Орієнтовна тривалість: 10–15 хвилин.

Інструкція: психолог виконує різні дії або демонструє картки із серією дій. “Сьогодні ти станеш справжнім детективом. Моє завдання — спробувати тебе заплутати, а твоє — знайти помилки. Якщо помітиш щось неправильне, підними руку та поясни, що саме не так”. Помилки можуть стосуватися: послідовності рухів, правил гри, кольорів, розташування предметів.

Вправа 3. «Мисливець на сигнали». Мета: розвиток довільної регуляції поведінки та гальмівного контролю. Орієнтовна тривалість: 7–10 хвилин.

Інструкція: “Я буду називати різні слова. Якщо почуєш слово із нашої секретної групи, покажи жест “ОК(колечко)”. Якщо слово не підходить — нічого не роби”. Поступово темп прискорюється. Після вправи обговорюється: що було найважчим під час виконання, як вдалося стримати бажання відповідати автоматично.

Вправа 4. «Що можна зробити інакше?» Мета: розвиток толерантності до фрустрації, гнучкості мислення та емоційної регуляції. Орієнтовна тривалість: 15 хвилин.

Інструкція: психолог пропонує дитині короткі життєві ситуації, які можуть викликати злість та дитина разом з психологом намагається виявити максимальну кількість варіантів, які можна застосувати у різних складних ситуаціях та аналізує наскільки ці варіанти є адаптивними та ефективними.

Вправа 5. «Будівельники»

Мета: розвиток стійкості уваги, послідовності дій та здатності завершувати розпочату діяльність.

Орієнтовна тривалість: 10 хвилин.

Інструкція: дитині пропонується побудувати конструкцію за зразком із кубиків, конструктора або геометричних фігур. “Твоє завдання — уважно роздивитися зразок і відтворити його крок за кроком. Якщо щось не виходить, можна зупинитися, перевірити себе та спробувати ще раз.”

Після завершення психолог обговорює: чи хотілося зробити швидше, що допомогло довести справу до кінця.

Вправа 6. «Важкий — легкий робот»

Мета: зниження психоемоційного напруження та розвиток навичок тілесної саморегуляції. **Орієнтовна тривалість:** 5 хвилин.

Інструкція: психолог говорить: «уяви, що ти робот. Спочатку робот дуже напружує руки, плечі та ноги. Потримай напруження кілька секунд. А тепер робот перетворюється на м'яку іграшку — усі м'язи відпочивають і стають легкими.» Послідовно напружуються та розслабляються різні групи м'язів.

Заняття 9

Вправа 1: “Перехресні рухи та кроки”

Мета: розвиток координації рухів та міжпівкульної взаємодії. **Орієнтовна тривалість виконання:** 5–7 хвилин.

Інструкція: дитина правою рукою торкається лівого коліна, а лівою рукою — правого. Поступово додається: рахунок, називання кольорів. зміна темпу.

Вправа 2: “Слухай і рухайся”

Мета: розвиток слухової уваги та гальмівного контролю. **Орієнтовна тривалість виконання:** 7–10 хвилин.

Інструкція: на різні слова дитина виконує різні рухи.

Наприклад:

- “сонце” — підняти руки;
- “дощ” — присісти;
- “собака” — завмерти.

Вправа 3. «Полювання на кольори»

Мета: розвиток стійкості уваги, переключення уваги та дотримання інструкції. Орієнтовна тривалість: 10–12 хвилин.

Інструкція: психолог розкладає перед дитиною різнокольорові картки або предмети та надає наступну інструкцію “зараз ми будемо мисливцями за кольорами. Спочатку збери всі сині предмети. Коли я скажу "зміна", тобі потрібно буде знаходити тільки червоні. Потім — лише зелені. Уважно слухай правила, тому що вони можуть змінюватися”.

Поступово завдання ускладнюються: шукати одночасно два кольори, змінювати критерій (колір → форма → розмір), виконувати завдання на швидкість.

Вправа 4. «Ритмічний диригент»

Мета: розвиток слухової уваги, моторного контролю та здатності регулювати власні дії. Орієнтовна тривалість: 7–10 хвилин.

Інструкція: психолог говорить: “сьогодні ти будеш диригентом оркестру. Я виконуватиму різні рухи та ритми, а ти уважно спостерігай. Якщо я покажу "тихий" ритм — повторюй повільно. Якщо "гучний" — енергійніше. Але якщо я покажу знак "пауза", потрібно завмерти й нічого не робити.» Після кількох раундів дитина сама стає диригентом.

Вправа 5. «Місія сповільнення»

Мета: розвиток контролю темпу діяльності та довільної регуляції поведінки. Орієнтовна тривалість: 5–7 хвилин.

Інструкція: психолог говорить: “ уяви, що ти секретний агент, який виконує особливу місію. Щоб її не провалити, потрібно рухатися дуже обережно та повільно. Тобі потрібно пройти маршрут, перенести предмет або виконати завдання так, щоб нічого не впало і не зрушилося.»

Можна запропонувати: пронести м'ячик на ложці, пройти між конусами, перенести кубики.

Вправа 6: “Мій сьогоднішній успіх”

Мета: формування позитивної самооцінки, розвиток рефлексії. Орієнтовна тривалість: 5 - 7 хвилин.

Інструкція: наприкінці заняття дитина відповідає на питання: “що сьогодні в мене вийшло найкраще?”, “чим я пишаюся?”, “що було складним?”, “що я хочу спробувати наступного разу?”.

Заняття 10

Вправа 1 “М'яч із секретними правилами”

Мета: розвиток інгібаторного контролю, робочої пам'яті, переключення уваги та здатності дотримуватися інструкцій. Орієнтовна тривалість виконання: 10–12 хвилин.

Інструкція: для виконання вправи використовується невеликий м'яч. Психолог говорить: “сьогодні ми будемо грати у гру із секретними правилами. Тобі потрібно бути дуже уважним, тому що правила можуть змінюватися. Головне завдання — не поспішати та спочатку подумати, а вже потім діяти”.

На початку дитині пояснюються три способи передачі м'яча:

- кинути м'яч у руки;
- відбити м'яч від підлоги;
- покотити м'яч по підлозі.

Далі встановлюються правила реагування:

- якщо психолог кидає м'яч у руки, дитина повинна покотити його по підлозі;
- якщо психолог котить м'яч, дитина має відбити його від підлоги;
- якщо психолог відбиває м'яч від підлоги, дитина повинна кинути його в руки психологу.

Після кількох успішних повторень психолог ускладнює завдання: “у нас з'явилося нове секретне правило. Якщо я скажу слово “стоп”, потрібно затримати м'яч у руках, порахувати до трьох і лише потім виконати дію”.

Вправа 2: “Помилятися дозволено”

Мета: зниження страху помилки та розвиток толерантності до фрустрації. Орієнтовна тривалість виконання: 10–12 хвилин.

Інструкція: психолог спеціально виконує прості завдання з помилками та демонструє спокійну реакцію.

Після цього дитині пропонуються: головоломки, конструктори чи графічні завдання. Психолог наголошує: «помилятися — нормально. Головне — спробувати ще раз». Після вправи обговорюється: що дитина відчувала під час помилки та що допомагало продовжувати надалі пробувати.

Вправа 3: “Складне завдання”

Мета: формування навичок завершення діяльності та формування толерантності до фрустрації. **Орієнтовна тривалість виконання:** 10–15 хвилин.

Інструкція: дитині пропонується завдання трохи вище звичного рівня складності:

- лабіринт;
- складна послідовність;
- побудова конструкції.

Психолог допомагає дитині:

- ділити завдання на частини;
- робити паузи;
- помічати успіхи;
- контролювати імпульсивні реакції.

Вправа 4: “Що робити, якщо не виходить?”

Мета: формування адаптивних способів реагування у ситуації невдачі. **Орієнтовна тривалість виконання:** 15 хвилин.

Інструкція: психолог демонструє дитині різні ситуації: не вдалося виграти, щось зламалося, хтось не погодився з думкою дитини, не вийшло виконати завдання. Після чого фахівець з дитиною обговорює можливі патерни поведінки, які будуть корисними та ефективними у певній ситуації.

Вправа 5: “Крок вперед”

Мета: формування відчуття прогресу та підвищення мотивації.

Інструкція: на підлозі викладають 5–6 листочків з незавершеними фразами. Психолог говорить: «кожне заняття — це маленький крок уперед.

Дитина наступає на певний листочок з фразою і завершує фрази: “сьогодні я навчився...”, “наступного разу я хочу спробувати...”.

Заняття 11

Вправа 1: “Що мені допомагає?”

Мета: формування навичок самоспостереження та самопідтримки.

Орієнтовна тривалість виконання: 7–10 хвилин.

Інструкція: психолог пропонує дитині пригадати ситуації, коли їй вдавалося: заспокоїтися, не кричати, дочекатися, не поспішати. Дитина разом із психологом складає аналізує та складає список того, що їй допомагає.

Вправа 2: “Моя інструкція допомоги собі”

Мета: формування внутрішнього плану саморегуляції.

Орієнтовна тривалість виконання: 15–20 хвилин.

Інструкція: разом із психологом дитина створює власну “інструкцію” допомоги собі у важких чи фруструючих ситуаціях чи обставинах. Після чого, дитина може намалювати собі дані інструкції як візуальні підказки, скласти та намалювати історію про те, в яких ситуаціях буде застосовувати ці “інструкції” або ж зробити список з них.

Вправа 3 “Що робити далі?”

Мета: формування навичок саморегуляції, підвищення толерантності до фрустрації та розвиток гнучкості поведінки у складних соціальних ситуаціях.

Орієнтовна тривалість: 15–20 хвилин.

Інструкція: психолог демонструє дитині картки із проблемними ситуаціями: отримання відмови, конфлікт із ровесником, помилка під час виконання завдання, заборона з боку дорослого. Після ознайомлення із ситуацією дитині пропонується відповісти на чотири запитання:

1. Що я можу відчувати?
2. Що мені захочеться зробити одразу?
3. Що може статися, якщо я так вчиню?
4. Який інший спосіб дій може допомогти мені впоратися із ситуацією?

Психолог підкреслює, що навіть у складних ситуаціях людина може обирати різні способи реагування.

Вправа 4. “План на тиждень”

Мета: перенесення навичок у повсякденне життя, генералізація навичок.
Орієнтовна тривалість: 5 - 7 хвилин.

Інструкція: психолог запитує: «у яких ситуаціях ти можеш спробувати використати те, чого навчився сьогодні?» та допомагає дитині зафіксувати це.

Заняття 12

Вправа 1: “Який я зараз?”

Мета: розвиток емоційного усвідомлення та закріплення навичок. Орієнтовна тривалість виконання: 7 хвилин. Інструкція дитина описує: “що змінилося за період занять, що стало легше, які навички чи вправи найбільше запам’ятались, що залишилось важким для виконання”. Психолог допомагає дитині помітити позитивні зміни.

Вправа 2: “Дерево моїх успіхів”

Мета: формування позитивного образу себе та закріплення успішного досвіду. **Орієнтовна тривалість виконання:** 10–15 хвилин.

Інструкція: дитина малює дерево. На листочках або гілках записуються: успіхи, нові навички, ситуації, в яких вдалося застосувати й генералізувати навички. Психолог підтримує дитину та допомагає помічати навіть невеликі успіхи.

Вправа 3: “Скринька навичок”

Мета: закріплення навичок саморегуляції. **Орієнтовна тривалість виконання:** 10 - 15 хвилин. **Інструкція:** дитина створює символічну “скриньку”, у яку “складає”: найбільш корисні та ефективні вправи, способи й стратегії саморегуляції, різноманітні підказки, які можна надалі використовувати у складних ситуаціях, підтримуючі слова, метафори, образи, які будуть слугувати нагадуванням.

Вправа 4: “Лист собі в майбутнє”

Мета: закріплення навичок саморегуляції та перенесення їх у майбутні ситуації. **Тривалість:** 7 - 10 хвилин.

Інструкція: дитина пише лист самій собі, використовуючи завершення таких фрази:

- “Коли мені буде важко, я спробую...”
- “Коли я буду злитися, я згадаю...”
- “Я хочу продовжувати тренувати...”
- “Я пишаюся собою за...”

Вправа 5: “Ритуал завершення”

Мета: створення позитивного завершення програми та закріплення відчуття успіху. **Орієнтовна тривалість виконання:** 5 - 7 хвилин.

Інструкція: психолог дякує дитині за роботу та пропонує придумати символ завершення програми: спільний жест, малюнок, наліпку чи тому подібне. Наприкінці психолог підкреслює успіхи дитини та її зусилля.

3.4. Результати корекційних програм

З метою оцінки ефективності розробленої корекційної програми після завершення формувального етапу дослідження, було проведено повторне обстеження дітей з переважаючим неухважним підтипом РДУГ за допомогою опитувальника “Vanderbilt”. Для оцінки результативності програми було проведено порівняння показників кожної дитини до та після проходження курсу з 12 корекційних занять та здійснено аналіз змін за допомогою одновибіркового критерію зсуву G.

Таблиця 5.9

Середні показники за шкалами опитувальника Vanderbilt у дітей з переважаючим неухважним підтипом РДУГ до та після корекційної програми

Шкала	До корекції	Після корекції
Дефіцит уваги	17.3	15.9
Гіперактивність	3.4	3.0
Імпульсивність	2.7	2.7
Реакції опозиції	3.1	2.7
Інші поведінкові проблеми	1.9	1.6
Тривожно - депресивні симптоми	5.9	4.4
Соціальна адаптація	22.4	22.1

Як зазначено у таблиці 5.9, після завершення корекційної програми спостерігається позитивна динаміка за більшістю досліджуваних показників. Найбільш виражені зміни були зафіксовані за субшкалами дефіциту уваги та тривожно-депресивної симптоматики.

Середній показник дефіциту уваги знизився з 17,3 до 15,9 бала, що може свідчити про покращення здатності дітей краще підтримувати концентрацію та стійкість уваги.

Середній показник за субшкалою тривожно-депресивних симптомів знизився з 5,9 до 4,4 бала. Отримані результати свідчать про зменшення емоційного напруження та незначне зниження рівня переживання тривоги.

Водночас зміни за шкалами гіперактивності, імпульсивності та поведінкових порушень були менш вираженими, що є очікуваним результатом, оскільки для дітей з переважаючим неухважним підтипом РДУГ провідними цілями у корекційній програмі були: зниження тривожності, покращення толерантності до фрустрації та покращення показників у сфері уваги. Також, слід враховувати, що корекційна програма складалась з 12 корекційних занять, що не є довготривалим показником.

Для оцінки спрямованості змін було використано одновибірковий критерій зсуву G. Нижче представлена таблиця за субшкалою “дефіцит уваги”

Таблиця 6.1

“Результати аналізу за критерієм зсуву G для субшкали “дефіцит уваги””

N	До корекції	Після корекції	Зсув
1	20	18	+
2	19	17	+

3	18	18	0
4	16	14	+
5	17	15	+
6	18	16	+
7	13	13	0

Отримані результати свідчать про позитивну тенденцію змін показників уваги після проходження корекційної програми. Покращення було зафіксовано у п'яти із семи дітей, тоді як у двох дітей суттєвих змін не відбулося.

Таблиця 6.2

“Результати аналізу за критерієм зсуву G для субшкали «Тривожно-депресивні симптоми»”.

N	До корекції	Після корекції	Зсув
1	7	4	+
2	6	6	0
3	6	4	+
4	5	5	0
5	6	4	+
6	5	3	+
7	6	5	+

Результати аналізу свідчать про позитивну динаміку показників тривожно-депресивної симптоматики після проходження корекційної програми. Покращення було зафіксовано у п'яти дітей із семи, тоді як у двох дітей показники залишилися без змін.

Отримані результати можуть свідчити про ефективність використаних методів нейропсихологічної корекції, АВА - терапії та арт - терапевтичних методів, спрямованих на зниження тривожності, покращення показників у сфері уваги.

Таким чином, результати повторного обстеження за опитувальником “Vanderbilt” свідчать про позитивний вплив розробленої корекційної програми на емоційний стан дітей з переважаючим неухважним підтипом РДУГ.

Найбільш виражені позитивні зміни були виявлені за субшкалами дефіциту уваги та тривожно-депресивної симптоматики, що повністю відповідає основним цілям розробленої програми. Покращення було зафіксовано у п'яти із семи дітей, тоді як у двох дітей показники залишилися без змін.

Також, для оцінки ефективності розробленої корекційної програми щодо зниження рівня тривожності було проведено повторне обстеження дітей з переважаючим неухважним підтипом РДУГ за методикою шкільної тривожності Філіпса. Вибір даної методики був обумовлений результатами констатувального етапу дослідження, під час якого саме у дітей з неухважним підтипом РДУГ були виявлені найбільш високі показники загальної тривожності, соціального стресу та страху самовираження.

Повторне обстеження проводилося після завершення курсу з 12 занять та були зафіксовані наступні показники, які представлені нижче у таблицях.

Таблиця 6.3.

“Середні показники за шкалами методики на визначення шкільної тривожності Філліпса до та після корекційної програми”

Шкала	До корекції(%)	Після корекції(%)
Загальна тривожність	70.3 %	56.7 %
Соціальний стрес	58.3%	47.5 %
Фрустрація потреби у досягненні успіхи	45.6 %	39.9 %
Страх самовираження	66.7 %	51.4 %
Страх ситуації перевірки знань	58.4 %	46.3 %
Страх не відповідати очікуванням оточуючим	49.2 %	42.6 %
Низька фізіологічна опірність стресу	42.8 %	39.7 %
Проблеми та страхи у взаєминах з вчителями	41.7 %	37.8 %

Як видно з таблиці 6.3. після завершення корекційної програми спостерігається позитивна динаміка за всіма шкалами методики Філліпса. Найбільш виражене зниження показників було зафіксовано за шкалами загальної тривожності, страху самовираження та страху ситуації перевірки знань.

Середній показник загальної тривожності знизився з 70,3 % до 56,7 %, що може свідчити про зменшення інтенсивності тривожних переживань у дітей після проходження корекційної програми. Крім того, спостерігалось

зниження показників соціального стресу (з 58,3 % до 47,5 %) та страху самовираження (з 66,7 % до 51,4 %), що може вказувати на підвищення впевненості дітей у процесі соціальної взаємодії та зменшення страху негативної оцінки з боку оточуючих.

Менш виражені зміни були зафіксовані за шкалами низької фізіологічної опірності стресу та проблем у взаєминах з учителями. Такий результат є очікуваним, оскільки зазначені характеристики потребують тривалішого корекційного впливу.

Для оцінки спрямованості змін було використано одновибірковий критерій зсуву G.

Таблиця 6.4.

“Результати аналізу за критерієм зсуву G для показника загальної тривожності”

N	До корекції(%)	Після корекції(%)	Зсув
1	78	50	+
2	74	49	+
3	72	54	+
4	70	53	+
5	64	64	0
6	68	64	+
7	66	63	+

Як зазначено у таблиці 6.4., позитивна динаміка була зафіксована у шести дітей із семи. При цьому у чотирьох дітей спостерігалось найбільш суттєве зниження рівня тривожності, тоді як у двох дітей позитивні зміни були менш вираженими. В однієї дитини показники залишилися без змін.

Таблиця 6.5.

“Узагальнені результати аналізу за критерієм зсуву G за основними шкалами методики Філіпса”

Шкала	Позитивний зсув(+)	Негативний зсув(-)	Без змін(0)
Загальна тривожність	6	0	1
Соціальний стрес	5	0	2
Фрустрація потреби у досягненні успіху	4	0	3
Страх самовираження	6	0	1
Страх ситуації перевірки знань	5	0	2
Страх не відповідати очікуванням оточуючих	5	0	2
Низька фізіологічна опірність стресу	3	0	4
Проблеми та страхи у взаєминах з учителями	4	0	3

Результати аналізу за критерієм зсуву G свідчать про переважання позитивних змін за більшістю показників тривожності. Найбільша кількість позитивних зсувів була виявлена за шкалами загальної тривожності та страху самовираження, що безпосередньо відповідає основним напрямом корекційної роботи.

Особливо важливим є зниження показників страху самовираження та страху ситуації перевірки знань, оскільки саме ці прояви тривожності найбільш часто зустрічалися у дітей з переважаючим неухважним підтипом РДУГ під час первинного обстеження. Отримані результати можуть свідчити про підвищення впевненості дітей у власних можливостях, покращення емоційної стійкості та формування більш адаптивних способів реагування на ситуації оцінювання.

Для оцінки змін особливостей реагування на фрустраційні ситуації після завершення корекційно-розвивальної програми було проведено повторне обстеження дітей з переважаючим неухважним підтипом РДУГ за методикою фрустраційних реакцій С. Розенцвейга. Застосування даної методики дозволило оцінити особливості спрямованості та типів фрустраційних реакцій дітей після проходження корекційного впливу.

Одним із завдань розробленої програми було підвищення толерантності до фрустрації та формування більш адаптивних способів реагування у ситуаціях труднощів чи невдач. Однак слід враховувати, що зміна фрустраційних реакцій є більш складним та тривалим процесом порівняно зі зниженням тривожності, тому після завершення 12 занять очікувалися лише помірні або мінімальні позитивні зміни.

Таблиця 6.6.

“Середні показники спрямованості фрустраційних реакцій у дітей з переважаним неуважним підтипом РДУГ до та після корекційної програми (%)”

Спрямованість реакції	До корекції	Після корекції
Екстрапунітивні	25	23
Інтрапунітивні	58.3	54
Імпунітивні	16.7	23

Як видно з таблиці 6.6., після проходження корекційної програми спостерігається незначне зниження частки інтрапунітивних реакцій з 58,3 % до 54,0 %. Водночас відбулося незначне збільшення частки імпунітивних реакцій з 16,7 % до 23,0 %.

Отримані результати можуть свідчити про початкове формування більш адаптивних способів реагування на фрустраційні ситуації. Діти дещо рідше схильні звинувачувати себе у виникненні труднощів та частіше демонструють більш нейтральне ставлення до проблемної ситуації.

Таблиця 6.7.

“Середні показники типів фрустраційних реакцій у дітей з переважаним неуважним підтипом РДУГ до та після корекційної програми (%)”.

Тип реакції	До корекції	Після корекції
Фіксація на перешкоді	33,3 %	37 %
Фіксація на самозахисті	50 %	46 %
Фіксація на задоволення потреби	16,7 %	22 %

Як видно з таблиці 6.7., після проходження корекційної програми спостерігаються незначні позитивні зміни у структурі типів фрустраційних реакцій. Зокрема, частка реакцій фіксації на задоволенні потреби (NP) збільшилася з 16,7 % до 22,0 %, що може свідчити про поступове формування більш конструктивних способів подолання труднощів та орієнтацію на пошук шляхів вирішення проблемної ситуації. Водночас частка реакцій фіксації на самозахисті (ED) дещо зменшилася з 50,0 % до 46,0 %, тоді як показник фіксації на перешкоді (OD) зазнав незначного збільшення.

Для оцінки спрямованості змін було використано одновибірковий критерій зсуву G.

Таблиця 6.8.

“Результати аналізу за критерієм зсуву G для показника фіксації на задоволенні потреби (NP)”

N	До корекції	Після корекції	Зсув
1	18	22	+
2	17	22	+
3	16	20	+
4	17	17	0
5	15	15	0
6	17	17	0
7	17	17	0

Як видно з таблиці, позитивна динаміка була зафіксована лише у трьох дітей із семи. У чотирьох дітей показники залишилися практично без змін. Негативних змін виявлено не було.

Таблиця 6.9.

“Узагальнені результати аналізу за критерієм зсуву G за основними показниками методики Розенцвейга”

Показник	Позитивний зсув	Негативний зсув	Без змін
Інтрапунітивні реакції	3	0	4
Імпунітивні реакції	3	0	4
Фіксація на самозахисті	2	0	6
Фіксація на задоволенні потреби	3	0	4

Результати аналізу свідчать про наявність незначної позитивної тенденції у зміні фрустраційних реакцій після проходження корекційної програми. Водночас більшість дітей не продемонстрували суттєвих змін за досліджуваними показниками. Спостерігається незначне зменшення частки інтрапунітивних реакцій та реакцій фіксації на самозахисті, а також певне збільшення кількості імпунітивних реакцій та реакцій, орієнтованих на задоволення потреби. Такі зміни можуть свідчити про початкове формування більш конструктивних способів реагування на ситуації труднощів та невдач.

Подібний результат є очікуваним, оскільки формування нових способів реагування на фрустраційні ситуації потребує значно більш тривалого корекційного впливу. Таким чином, результати повторного обстеження за методикою С. Розенцвейга свідчать про наявність незначних позитивних змін

у структурі фрустраційних реакцій дітей з переважаючим неухважним підтипом РДУГ після проходження корекційної програми.

Загалом отримані результати дозволяють говорити про позитивну тенденцію у розвитку навичок емоційної регуляції та поступове підвищення толерантності до фрустрації у дітей з переважаючим неухважним підтипом РДУГ.

Для оцінки ефективності корекційної програми було проведено повторне обстеження дітей за допомогою опитувальника “Vanderbilt” після завершення циклу з 12 корекційних занять.

У дослідженні брали участь 11 дітей з переважаючим гіперактивно-імпульсивним підтипом РДУГ. Аналіз результатів показав, що після завершення корекційної програми спостерігалася незначна позитивна динаміка окремих показників. Нижче представлені результати в таблицях.

Таблиця 7

“Середні показники за шкалами опитувальника “Vanderbilt” до та після корекційної програми у групі дітей з переважаючою гіперактивністю”

Шкала	До корекції	Після корекції
Дефіцит уваги	8.3	8.1
Гіперактивність	8.2	7.9
Імпульсивність	7.2	7.0
Реакції опозиції	6.8	6.5
Інші поведінкові проблеми	3.9	3.7
Тривожно - депресивні симптоми	2.1	1.9
Соціальна адаптація	18.7	18.4

“Узагальнені результати аналізу за критерієм зсуву G за основними шкалами опитувальника Vanderbilt у групі дітей з переважальною гіперактивністю”

Шкала	Позитивний зсув	Негативний зсув	Без змін
Гіперактивність	4	0	7
Імпульсивність	4	0	7
Реакції опозиції	3	0	8
Інші поведінкові проблеми	2	0	9
Тривожно-депресивні симптоми	2	0	9
Соціальна адаптація	3	0	8

Як видно з отриманих результатів, після завершення корекційної програми спостерігалася лише незначна позитивна динаміка. Найбільш помітні зміни були зафіксовані за субшкалами гіперактивності та імпульсивності, де позитивний зсув спостерігався у чотирьох дітей з одинадцяти. Також позитивна динаміка була виявлена за шкалою реакцій опозиції. Менш виражені зміни спостерігалися за показниками соціальної адаптації, інших поведінкових проблем та тривожно-депресивної симптоматики. Отримані результати свідчать про часткове покращення поведінкової саморегуляції та зниження окремих проявів гіперактивності й імпульсивності після проходження корекційної програми.

Для оцінки ефективності корекційної програми щодо розвитку толерантності до фрустрації та формування більш адаптивних способів реагування на труднощі, було проведено повторне обстеження дітей з переважаючим гіперактивно-імпульсивним підтипом РДУГ за методикою дослідження фрустраційних реакцій С. Розенцвейга. Застосування даної методики дозволило оцінити особливості реагування дітей на фруструючі ситуації, а також визначити можливі зміни у спрямованості та типах фрустраційних реакцій після завершення корекційної програми.

Разом з тим слід враховувати, що зміна фрустраційних реакцій є більш тривалим процесом порівняно зі зниженням рівня тривожності або формуванням окремих поведінкових навичок. Тому після завершення програми очікувалися лише незначні позитивні зміни показників, які могли б свідчити про початкове формування більш конструктивних способів реагування на ситуації фрустрації.

Таблиця 7.1.

“Середні показники спрямованості фрустраційних реакцій до та після корекції”.

Спрямованість реакції	До корекції	Після корекції
Екстрапунітивні реакції	57.9	55.0
Інтрапунітивні реакції	21.1	22
Імпунітивні реакції	21	23

Таблиця 7.2

“Середні показники типів фрустраційних реакцій до та після корекції”

Тип реакції	До корекції	Після корекції
Фіксація на перешкоді	52.6	49.0
Фіксація на самозахисті	26.3	26.0
Фіксація на задоволенні потреби	21.1	25.0

Таблиця 7.3

“Узагальнені результати за критерієм зсуву G за методикою на визначення фрустраційних реакцій Розенцвейга”

Показник	Позитивний зсув	Негативний зсув	Без змін
Екстрапунітивні реакції	3	0	8
Імпунітивні реакції	3	0	8
Фіксація на перешкоді	3	0	8
Потребово - розв'язувальні реакції	3	0	8

У таблиці 7.1, згідно результатів, спостерігається те, що після завершення корекційної програми фіксуються незначні зміни у спрямованості фрустраційних реакцій дітей з переважаючим гіперактивно-імпульсивним

підтипом РДУГ. Зокрема, частка екстрапунітивних реакцій зменшилася з 57,9 % до 55,0 %, тоді як показники інтрапунітивних та імпунітивних реакцій дещо зросли — відповідно з 21,1 % до 22,0 % та з 21,0 % до 23,0 %. Отримані результати можуть свідчити про незначне зменшення схильності дітей до зовнішнього звинувачення оточуючих у ситуаціях фрустрації та поступове формування більш стриманих способів реагування на труднощі.

Аналіз типів фрустраційних реакцій (табл. 7.2) показав незначне зменшення частки реакцій із фіксацією на перешкоді — з 52,6 % до 49,0 %. Водночас частка потребоно-розв'язувальних реакцій збільшилася з 21,1 % до 25,0 %, що може свідчити про поступове формування більш конструктивних стратегій подолання проблемних ситуацій та орієнтацію на пошук шляхів вирішення труднощів. Показник реакцій із фіксацією на самозахисті практично не змінився (26,3 % до корекції та 26,0 % після корекції).

Для оцінки індивідуальних змін був використаний одновибірковий критерій зсуву G. Результати аналізу представлені в таблиці 7.3. Позитивний зсув було зафіксовано у трьох дітей із одинадцяти за показниками екстрапунітивних реакцій, імпунітивних реакцій, фіксації на перешкоді та потребоно-розв'язувальних реакцій. У більшості учасників групи показники залишилися без істотних змін. Негативної динаміки за жодним із досліджуваних показників виявлено не було.

Отримані результати свідчать про наявність незначної позитивної динаміки у сфері фрустраційного реагування після проходження корекційної програми. Водночас зміни є менш вираженими порівняно з результатами дітей з переважаючим неухважним підтипом РДУГ, що може бути пов'язано зі стійкістю поведінкових проявів гіперактивності та імпульсивності, а також необхідністю більш тривалого корекційного впливу для формування нових способів реагування у фруструючих ситуаціях.

Для оцінки ефективності розробленої корекційної програми було проведено повторне обстеження дітей з переважаючим гіперактивно-імпульсивним підтипом РДУГ за методикою шкільної тривожності Філіпса після завершення циклу з 12 корекційних занять.

Таблиця 7.4

“Середні показники за шкалами методики Філіпса до та після корекції(n=11)”

Шкала	До корекції	Після корекції
Загальна тривожність	31.6	30.8
Соціальний стрес	36.8	35.7
Фрустрація потреби у досягненні успіху	42.1	40.8
Страх самовираження	31.6	30.5
Страх ситуації перевірки знань	36.8	35.4
Страх не відповідати очікування оточуючих	28.9	28.0
Низька фізіологічна опірність стресу	34.2	33.5
Проблеми та страхи у взаєминах з учителями	47.7	46.2

Таблиця 7.5

“Узагальнені результати за критерієм зсуву G”

Шкала	Покращення	Без змін
Загальна тривожність	3	8
Соціальний стрес	2	9

Фрустрація потреби у досягненні успіху	3	8
Страх самовираження	2	9
Страх ситуації перевірки знань	2	9
Страх не відповідати очікуванням оточуючих	1	10
Низька фізіологічна опірність стресу	1	10
Проблеми та страхи у стосунках з учителями	3	8

За результатами повторного дослідження за методикою шкільної тривожності Філліпса було встановлено лише незначну позитивну динаміку показників тривожності у дітей з переважаючим гіперактивно-імпульсивним підтипом РДУГ. Зниження показників спостерігалось переважно за шкалами фрустрації потреби у досягненні успіху та проблем у взаєминах з учителями. Позитивна динаміка була зафіксована у 3 дітей з 11, тоді як у більшості учасників групи показники залишилися практично без змін. Отримані результати можуть свідчити про те, що емоційні труднощі у такої підгрупи дітей потребують більш довготривалого корекційного втручання.

Отже, аналіз результатів повторного обстеження дітей після проходження корекційно-розвивальних програм засвідчив наявність позитивної динаміки в обох досліджуваних підгрупах дітей з РДУГ, проте ступінь вираженості змін відрізнявся залежно від підтипу розладу та специфіки корекційного впливу.

У підгрупі дітей з переважаючим неухважним підтипом РДУГ найбільш виражені позитивні зміни були зафіксовані за показниками тривожності та емоційного функціонування. За результатами опитувальника “Vanderbilt” було виявлено зниження показників дефіциту уваги та тривожно-депресивної симптоматики. Аналіз за критерієм зсуву показав позитивну динаміку у п’яти

з семи дітей, які брали участь у програмі. Результати методики на визначення рівня тривожності Філіпса засвідчили зниження показників загальної тривожності, страху самовираження, соціального стресу та страху ситуації перевірки знань. За методикою С. Розенцвейга було виявлено лише незначні позитивні зміни, які проявлялися у тенденції до зменшення інтрапунітивних реакцій, проте більшість показників фрустраційного реагування залишалися відносно стабільними.

У підгрупі дітей з переважаючим гіперактивно-імпульсивним підтипом РДУГ позитивна динаміка була менш вираженою. За результатами опитувальника “Vanderbilt” спостерігалось незначне зниження показників гіперактивності, імпульсивності та реакцій опозиції. Позитивні зміни були зафіксовані лише у частини учасників групи, тоді як у більшості дітей показники залишилися практично без змін. Аналогічна тенденція спостерігалася і за результатами методики Філіпса, де було виявлено лише мінімальне зниження показників шкільної тривожності. За методикою С. Розенцвейга також були зафіксовані лише незначні зміни, які проявлялися у незначному зменшенні екстрапунітивних реакцій, проте більшість показників залишились без змін.

Отримані результати дозволяють припустити, що найбільш виражений ефект було виявлено у дітей з переважаючим неухважним підтипом РДУГ, для яких характерними є підвищені показники тривожності. Водночас у дітей з переважаючим гіперактивно-імпульсивним підтипом РДУГ зміни виявилися менш вираженими, що може бути пов'язано зі стійкістю поведінкових та емоційних симптомів та необхідністю більш тривалого корекційного впливу.

Таким чином, результати підтверджують доцільність використання диференційованого підходу до побудови корекційної програм для дітей з різними підтипами РДУГ. Отримані дані свідчать про перспективність використання комплексного поєднання нейропсихологічних, поведінкових,

когнітивно - поведінкових та арт-терапевтичних методів у роботі з даною категорією дітей та підтверджують можливість корекції емоційних і поведінкових труднощів.

Висновки до розділу 3

У межах третього розділу було розроблено, апробовано та здійснено оцінку ефективності двох диференційованих корекційних програм, спрямованих на розвиток емоційної регуляції у дітей із різними підтипами РДУГ. Програми були побудовані з урахуванням специфіки емоційних і поведінкових труднощів, характерних для переважаючого неухважного та гіперактивно-імпульсивного підтипів РДУГ.

Корекційна програма для дітей з переважаючим неухважним підтипом була орієнтована насамперед на зниження рівня тривожності, підвищення емоційної усвідомленості, формування більш позитивного ставлення до себе, розвиток навичок вербалізації переживань, толерантності до фрустрації та опанування конструктивних способів емоційного реагування. Результати повторного психодіагностичного обстеження засвідчили позитивну динаміку емоційного функціонування дітей цієї групи, що проявлялася у зменшенні вираженості тривожних переживань, покращенні окремих показників уваги та тенденції до формування більш адаптивних способів реагування у ситуаціях труднощів і невдач.

Корекційна програма для дітей з переважаючим гіперактивно-імпульсивним підтипом була спрямована на розвиток довільної регуляції діяльності, формування навичок самоконтролю, зниження імпульсивності, підвищення толерантності до фрустрації та розвиток соціально прийнятних способів вираження емоцій. Повторне обстеження продемонструвало незначні, проте позитивні зміни у поведінковій саморегуляції дітей, зниження вираженості окремих проявів імпульсивності та тенденцію до використання більш конструктивних стратегій реагування у фруструючих ситуаціях.

Водночас отримані результати свідчать про те, що формування стійких змін у сфері фрустраційного реагування потребує більш тривалого та систематичного психологічного супроводу.

Отримані результати підтвердили доцільність використання диференційованого підходу до побудови корекційної роботи з дітьми, які мають різні підтипи РДУГ. Урахування специфіки емоційних проявів та переважаючих труднощів дозволяє підвищити ефективність корекційного впливу.

Таким чином, апробація розроблених програм засвідчила їх практичну цінність і перспективність використання у роботі дитячих психологів, нейропсихологів та інших фахівців, які здійснюють психологічний супровід дітей із РДУГ. Отримані дані також підтверджують необхідність подальшого вивчення специфіки емоційної регуляції у дітей з різними підтипами РДУГ та розробки довготривалих програм психологічної допомоги з урахуванням індивідуальних потреб кожної дитини.

ВИСНОВКИ

У магістерській роботі було здійснено теоретичне та емпіричне дослідження специфіки емоційних станів у дітей з різними підтипами розладу дефіциту уваги та гіперактивності.

У результаті теоретичного аналізу наукової літератури встановлено, що РДУГ є одним із найпоширеніших нейророзвиткових розладів дитячого віку, який характеризується труднощами уваги, самоконтролю та поведінкової регуляції. Поряд із поведінковими симптомами важливу роль у структурі труднощів дітей з РДУГ відіграють особливості емоційного функціонування, зокрема тривожність, труднощі емоційної регуляції, фрустраційні реакції та особливості самооцінки. Аналіз наукових джерел дозволив припустити існування відмінностей у проявах емоційних станів залежно від підтипу РДУГ.

Для реалізації емпіричної частини дослідження за допомогою опитувальника “Vanderbilt” було здійснено розподіл дітей на підгрупи відповідно до переважаючого підтипу РДУГ. До вибірки увійшли діти з переважаючим неухважним, гіперактивно-імпульсивним та комбінованим підтипами РДУГ, а також група нейротипових дітей для проведення порівняльного аналізу.

За результатами дослідження самооцінки було встановлено, що діти з переважаючим неухважним підтипом РДУГ характеризуються нижчим рівнем самооцінки порівняно з іншими підтипами РДУГ та групою нейротипових дітей. Водночас у дітей з переважаючим гіперактивно-імпульсивним підтипом частіше спостерігалася тенденція до завищеної самооцінки. Діти з комбінованим підтипом займали проміжне положення між зазначеними групами.

Результати дослідження шкільної тривожності засвідчили, що найвищі показники тривожності були характерні для дітей з переважаючим неухважним

підтипом РДУГ. Найбільш вираженими виявилися показники соціального стресу, страху самовираження та страху ситуації перевірки знань. У дітей з переважаючим гіперактивно-імпульсивним підтипом показники тривожності були нижчими, тоді як діти з комбінованим підтипом демонстрували тенденцію до високого рівня тривожності.

Аналіз особливостей фрустраційного реагування показав наявність статистично значущих відмінностей між підтипами РДУГ. Для дітей з переважаючим неухважним підтипом було характерне переважання інтрапунітивних реакцій та тенденція до спрямування негативних переживань на себе. У дітей з переважаючим гіперактивно-імпульсивним підтипом переважали екстрапунітивні реакції, що проявлялися у схильності спрямовувати негативні емоції назовні та звинувачувати оточуючих у виникненні труднощів. Діти з комбінованим підтипом демонстрували змішані особливості реагування.

Проведений порівняльний аналіз дозволив встановити, що діти з різними підтипами РДУГ відрізняються за особливостями емоційного функціонування. Найбільш вразливою щодо розвитку тривожності та зниження самооцінки виявилася група дітей з переважаючим неухважним підтипом РДУГ. Водночас для дітей з переважаючим гіперактивно-імпульсивним підтипом більш характерними були поведінкові труднощі та зовнішньо спрямовані способи реагування на фруструючі ситуації.

На основі отриманих результатів було розроблено та апробовано диференційовані корекційні програми для дітей з різними підтипами РДУГ. Результати повторного обстеження засвідчили позитивну динаміку в обох досліджуваних підгрупах. Найбільш виражені зміни були виявлені у дітей з переважаючим неухважним підтипом РДУГ, де спостерігалось зниження рівня тривожності, покращення показників уваги та підвищення толерантності до фрустрації. У дітей з переважаючим гіперактивно-імпульсивним підтипом

були зафіксовані незначні позитивні зміни щодо проявів гіперактивності, імпульсивності та особливостей фрустраційного реагування.

Таким чином, результати проведеного дослідження підтверджують доцільність диференційованого підходу до психологічного супроводу дітей з різними підтипами РДУГ та свідчать про ефективність та необхідність використання комплексних корекційних програм, спрямованих не тільки на поведінкові та когнітивні труднощі, а й на розвиток емоційної регуляції, зниження тривожності та підвищення толерантності до фрустрації.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Айрес, Е. Д. (2022 р.). Дитина і сенсорна інтеграція. Київ: Центр учбової літератури. 327 с.
2. Байєр О. О., Осітковська О.О. (2020 р.). Особливості поведінкової терапії для дітей, які мають синдром дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ), у Європі. Теорія і практика сучасної психології.
3. Барклі Р. (2021 р.). Як опанувати РДУГ: посібник для батьків./Львів:Галицька видавнича спілка, -460 с.
4. Бондар, В. (2017). Особливості психічного розвитку дітей молодшого шкільного віку. Львів: Видавництво ЛНУ. 32–184 с.
5. Вовченко, О. (2016). Соціальна психологія дитячого віку. Харків: Видавництво Харківського університету. 59–210 с.
6. Гелловел Е. Райті Д. (2022 р.). РДУГ: перезавантаження. Ефективні стратегії для повноцінного життя з розладом дефіциту уваги та гіперактивності в дітей і дорослих. - Київ.
7. Гільбуха Ю. (2016). Учбова діяльність молодшого школяра: діагностика та корекція неблагополучностей. Київ. 2016.
8. Гончаренко Н. (2019). Особливості взаємодії батьків з дітьми, які мають синдром дефіциту уваги та гіперактивності. Науковий часопис національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 12: Психологічні науки. - 2019. Вип.8
9. Душка, А. (2020). Психологічна адаптація дітей в умовах навчання. Київ: Видавництво Академії педагогічних наук України. 22–148.

- 10.Єременко, І. (2019). Психологічна допомога дітям з порушеннями розвитку. Одеса: Астропринт. 88–204.
10. Клопота Є. (2020). Методи психокорекції дітей з емоційними порушеннями. Київ: Либідь.
11. Кононова М., М. Кучма Т. В.(2022 р.). Теоретична модель чинників особистісної стресостійкості батьків дітей з психофізичними порушеннями. Габітус
- 12.Князєв В. М. Особливості впровадження індивідуальної комплексної корекційної програми при психологічному супроводі дітей зі РДУГ молодшого шкільного віку. Науковий вісник ХДУ. 2021. № 2.
- 13.Князєв В., Мілютіна К., Дубашидзе Н., Рубель Н.(2019) Робоча книга корекційного психолога. К: ДІА.
- 14.Литовченко, С. (2018). Проблеми самооцінки у дітей шкільного віку. Дніпро: Дніпропетровський університет. 97–180.
15. Лютова, К. (2020). Методики психодіагностики і психокорекції в дитячій психології . Харків: Основа. 112–254.
16. Макаренко О. М., Голубєва М. О., Джугля І. О.(2017). Психологічні особливості батьківського ставлення до дітей з особливими потребами. Міжнародний психіатричний, психотерапевтичний та психоаналітичний журнал. Київ, № 1, 2.
- 17.Максименко, С. (2010). Теорія і практика розвитку інтелектуальних здібностей у дітей. Київ: Наукова думка. 54–177.
- 18.Максименко, С. Д. (2006). Загальна психологія. Київ: Центр учбової літератури. 58–442.
- 19.Моніна, Г. (2018). Психологічні основи розвитку емоційного інтелекту у дітей . Київ: Генеза.

20. Москаленко В. В.(2008). Соціальна психологія(2 вид.). Київ: центр учбової літератури.
21. Омельченко І.(2017). Емоційна регуляція поведінки у дітей дошкільного віку. Одеса: Астропринт.
22. Попович І.(2016). Соціальна адаптація дітей з особливими потребами. Харків: Пегас.
23. Прохоренко Л(2018). Психологічні основи саморегуляції в дитячому віці. Харків: Видавництво Харківського університету.
24. Романенко О.(2019). Особливості психолого - педагогічної корекції поведінки дітей. Київ. Наукова думка.
25. Романчук О. (2016). ГРДУ: від розуміння нейробіології до усвідомлення соціального значення проблем. – Львів : Свічадо.
26. .Романчук О. І.(2016). Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю у дітей : практичний посібник для батьків і фахівців. – Львів : Свічадо, 2016. – 208 с.
27. Сак Т.(2017). Психологія розвитку особистості в дитячому віці. Львів.:видавництво ЛНУ.
28. Семіченко В. А.(2001). Психологічні основи розвитку особистості. Київ: Либідь.
29. Синьова В. (2016). Психокорекція поведінки у дітей з порушеннями розвитку. Київ: Либідь.
30. Скрипник Т. М.(2020). Інклюзивна освіта дітей з розладом із дефіцитом уваги та гіперактивністю. НейроNews: Психоневрологія та Психіатрія. №8 (119).

31. Соботович Є.(2015). Психологічні аспекти роботи з дітьми з особливими потребами. Київ: Генеза.
32. Соколова Г.(2019). Психолого - педагогічний супровід розвитку дітей дошкільного віку. Одеса: Астропринт.
33. Сухіна І. В.(2018). Гіперактивна дитина. Харків: Ранок, ВГ «Кенгуру».
- 34.Тенцер Л. В.(2014). Психолінгвістичні механізми виникнення різних форм дисграфії у дітей молодшого шкільного віку. Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 18: Корекційна педагогіка та психологія: збірник наукових праць. Київ: НПУ імені М. П. Драгоманова.
- 35.Тохтамиш О. М. (2010). Психологічний супровід дітей дошкільного і молодшого шкільного віку з гіперактивністю та дефіцитом уваги: автореф. дис. канд. психол. н. (19.00.04) / О. М. Тохтамиш. Київ: Інститут психології ім. Г. С. Костюка НАПН України.
- 35.Тихонова К. (2020). Труднощі навчання: дислексія, дисграфія, диспраксія, дискалькулія. Харків: Ранок.
36. Фаласеніді Т. М.(2010). Педагогічна підтримка учнів з гіперактивним розладом у загальноосвітній школі США: дис. канд. пед. н. (13.00.01) / Т. М. Фаласеніді. Львів: Національний університет «Львівська політехніка».
37. Федоренко М. В.(2015). Психодіагностика та психокорекція синдрому гіперактивності у дітей дошкільного віку з розумовою відсталістю. Київ:Астропринт.
38. Ферт О. (2012). Гіперактивна дитина в школі. Стратегії корекції поведінки та академічної успішності / О. Г. Ферт. Методичні рекомендації. Видання навч.-метод. центру освіти м. Львова. Львів.

39. Чебаторьова О.(2020). Психолого - педагогічна робота з дітьми з підтримкою розвитку. Одеса: Астропринт.
40. Чопик Л. (2022). Особливості формування батьківських позицій щодо прийняття дитини з особливостями психофізичного розвитку. Науковий вісник Вінницької академії безперервної освіти. Серія “Педагогіка та психологія”, вип.2.
41. Чутко Л.(2019). Особливості психологічного супроводу дітей з психічними порушеннями. Львів. Видавництво ЛНУ.
42. Хохліна О.(2021). Теоретико - методологічні проблеми психології:навч.пос. Київ.
43. Шульженко Д.(2016). Соціальна реабілітація дітей з особливими потребами. Харків: Пегас.
44. Ярмаченко М.(2019). Інтеграція дітей з особливими потребами в освітнє середовище. Київ: Наукова думка.
- 45.American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). – 5th ed. – Washington, DC : APA, 2013.
- 46.Andersen, C. H., Thomsen, P. H., Nohr, E.A., & Lemcke S. (2018). Maternal body mass index before pregnancy as a risk factor for ADHD and autism in children. *European child & adolescent psychiatry*, 27, (139–148).
- 47.Akutagava-Martins, G. C., Rohde, L. A., & Hutz, M. H. (2016). Genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder: An update. *Expert review of neurotherapeutics*, 16(2), 145–156.
- 48.Arabaci, G., Parris, B. A. (2018) Probe-caught spontaneous and deliberate mind wandering in relation to self-reported inattentive, hyperactive and impulsive traits in adults. *Scientific Reports*, 8(1).

49. Barkley R. (2015). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*. – 4th ed. – New York : Guilford Press, – 898 p.
50. Barkley R. A. (2013). *Taking Charge of ADHD: The Complete, Authoritative Guide for Parents*. – New York : Guilford Press, – 368 p.
51. Barkley, R. A. (2012). *Barkley functional impairment scale – Children and adolescents (BFIS-CA)*. New York: Guilford Press.
52. Berger, A., & Posner, M. I. (2000). Pathologies of brain attentional networks. *Neurosci. Neuroscience & biobehavioral reviews*, (24), 3–5.
53. Betancourt, J. L., Alderson, R. M., Roberts, D. K., & Bullard, C. C. (2024). Self-esteem in children and adolescents with and without attention-deficit hyperactivity disorder: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, (108).
54. Biederman, J., Lanier, J., DiSalvo, M., Noyes, E., Fried, R., Woodworth, K. Y., Biederman, I., & Faraone, S. V. (2019). Clinical correlates of mind wandering in adults with ADHD. *Journal of Psychiatric Research*, (117), 15–23.
55. Biederman, J., Faraone, S. V., & Monuteaux, M. C. (2002). Impact of exposure to parental attention-deficit hyperactivity disorder on clinical features and dysfunction in the offspring. *Psychological Medicine*, (32), 817–827.
56. Biederman, J., Monuteaux, M. C., Mick, E., Spencer, T., Wilens, T. E., & Silva, J.M. (2006). Young adult outcome of attention deficit hyperactivity disorder: A controlled 10-year follow-up study. *Psychological Medicine*, 36(2), 167–179.
57. Bjorkenstam, E., Bjorkenstam, C., Jablonska, B., & Kosidou, K. (2018). Cumulative exposure to childhood adversity, and treated attention deficit/hyperactivity disorder: a cohort study of 543 650 adolescents and young adults in Sweden. *Psychological medicine*, (48), 498–507.

58. Bouchard, M. F., Bellinger, D. C., Wright, R. O., & Weisskopf, M. G. (2010). Attention-deficit/hyperactivity disorder and urinary metabolites of organophosphate pesticides. *Pediatrics*, (125), 1270–1277.
59. Bouchard, M. F., Bellinger, D. C., Wright, R. O., & Weisskopf, M. G. (2010). Attention-deficit/hyperactivity disorder and urinary metabolites of organophosphate pesticides. *Pediatrics*, (125), 1270–1277.
60. Brown, T. E. (2017). *Outside the box: Rethinking ADD/ADHD in children and adults: A practical guide*, (334).
61. Castellanos, F. X., Sonuga-Barke, E. J., Milham, M.P., & Tannock, R. (2006). Characterizing cognition in ADHD: beyond executive dysfunction. *Trends in cognitive sciences*, 10, 117–123.
62. Chambliss, L. (1982). Movement therapy and the shaping of a neuropsychological model. *American Journal of Dance Therapy*, (5), 18–27.
63. Danforth, J. S., Anderson, L. P., Barkley, R. A., & Stokes, T. F. (1991). Observations of parent-child interactions with hyperactive children: Research and clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 11(6), 703–727
64. DuPaul G. J., Stoner G. (2014). *ADHD in the Schools: Assessment and Intervention Strategies*. – 3rd ed. – New York : Guilford Press., – 370 p.
65. DuPaul G. J., Power T. J., Anastopoulos A. D., Reid R. (2016). *ADHD Rating Scale-5 for Children and Adolescents*. – New York : Guilford Press, – 180 p.
66. Evans, S. W., Allen, J., Moore, S., & Strauss, V. (2005). Measuring symptoms and functioning of youth with ADHD in middle schools. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33(6), 695–706.
67. Ellis, B., & Nigg, J. (2009). Parenting practices and attention-deficit/hyperactivity disorder: new findings suggest partial specificity of effects.

Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, (48), 146–154.

68. Emond, V., Joyal, C., & Poissant, H. (2009). Structural and functional neuroanatomy of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *L'Encéphale*, (35), 107–114.

69. Fenollar-Cortés, J., Gallego-Martínez, A., & Fuentes, L. J. (2017). The role of inattention and hyperactivity/impulsivity in the fine motor coordination in children with ADHD. *Research in developmental disabilities*, (69), 77–84.

70. Fenollar-Cortés, J., & Fuentes, L. J. (2016). The ADHD Concomitant Difficulties Scale (ADHD-CDS), a Brief Scale to Measure Comorbidity Associated to ADHD. *Frontiers in psychology*, (7), 871.

71. Fitzpatrick, E. (2011). Neurocognitive development in congenitally deaf children. In: M. J. Aminoff, F. D. F. Boller, F. Swaab (Eds.) *Handbook of clinical neurology*. Amsterdam: Elsevier, (pp. 335–356).

72. Frazier, T. W. (2007). ADHD and achievement: meta-analysis of the child, adolescent and adult literatures and a concomitant study with college students. *Journal of learning disabilities*, (40), 49–65.

73. Gillberg, C. (2011). ADHD and its comorbidities in preschool children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(10), 1-13.

74. Goldstein, S., & Goldstein, M. (2012). *Managing attention deficit hyperactivity disorder in children: A guide for practitioners*. Hoboken, NJ: Wiley

75. Gross J. J. (2014). Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations. – *Handbook of Emotion Regulation*. – New York : Guilford Press, 2014. – P. 3–20.

76. Gundel, L. K., Pedersen, C. B., Munk-Olsen, T., & Dalsgaard, S. (2018). Longitudinal association between mental disorders in childhood and subsequent

depression – A nationwide prospective cohort study. *Journal of Affective Disorders*, (227), 56–64.

77. Halleröd, S. L. H., Anckarsäter, H., Råstam, M., & Hansson Scherman, M. (2015). Experienced consequences of being diagnosed with ADHD as an adult: A qualitative study. *BMC Psychiatry*, (15).

78. Holmgaard, S., Kiilerich, P., Borbye-Lorenzen, N., Skogstrand, K., & Bouchech, R. (2021). Neuroinflammatory markers in the pathophysiology of ADHD. *Journal of Neurodevelopmental Disorders*, 9(2), p.112–130.

79. Jensen, P. S., Hinshaw, S. P., Kraemer, H. C., Lenora, N., Newcorn, J. H., Abikoff, H. B. et. al. (2001). ADHD comorbidity findings from the MTA study: Comparing comorbid subgroups. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(2), 147–158.

80. Katzman, M. A., Bilkey, T. S., Chokka, P. R., Fallu, A., & Klassen, L. J. (2017). Adult ADHD and comorbid disorders: Clinical implications of a dimensional approach. *BMC Psychiatry*, (17), 302.

81. Leuzinger-Bohleber, M., Laezer, K. L., Pfenning-Meerkoetter, N., Fischmann, T., Wolff, A., & Green, J. (2011). Psychoanalytic treatment of ADHD children in the frame of two extraclinical studies: The Frankfurt Prevention Study and the EVA Study. *Journal of Infant, Child and Adolescent Psychotherapy*, (10), 32–50.

82. Lee, T., Dekkers, T., Furukawa, E., & Lavoie, R. (2022). Neurocognitive profiles of children with ADHD: A systematic review. *Journal of Neuropsychology*, 47(6), 421–437.

83. Loe, I. M., & Feldman, H. M. (2007). Academic and educational outcomes of children with ADHD. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(6), 643–654.

84. Nigg, J. T., & Casey, B. J. (2005). An integrative theory of attention-deficit/hyperactivity disorder based on the cognitive and affective neurosciences. *Development and psychopathology*, (17), 785–806.
85. Sergeant, J. A., Guerts, H., Huijbregts, S., Scheres, A., & Oosterlaan, J. (2003). The top and the bottom of ADHD: A neuropsychological perspective. *Neuroscience and Biobehavioural Reviews*, (27), 583–592.
86. Walker, J. S., Coleman, D., Lee J., Squire, P. N., & Friesen, B. J. (2008). Children's stigmatization of childhood depression and ADHD: Magnitude and demographic variation in a national sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, (47), 912–920.
87. Willcutt, E. G. (2012). The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytic review. *Neurotherapeutics*, 9(3), 490–499.
88. Wink, J. M., & Schellekens, A. (2018). Relating addiction and psychiatric disorders. *Science*, (361), 1323–1324.
89. Wymbs, B. T., Wymbs, F. A., & Dawson, A. E. (2015). Child ADHD and ODD behavior interacts with parent ADHD symptoms to worsen parenting and interparental communication. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43(1), 107–119.
90. Yin, H. H., Ostlund, S. B., & Balleine, B. W. (2008). Reward-guided learning beyond dopamine in the nucleus accumbens: the integrative functions of corticobasal ganglia networks. *The European journal of neuroscience*, (28), 1437–1448.
91. Young, S., & Bramham, J. (2006). *ADHD in adults: A psychological guide to practice* (1st ed.). Wiley Hoboken.