

УДК 616.8-009.12-053.4:316.6:159.9

**О. В. Кривоногова**

викладач

Одеський національний медичний університет

## ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ДОШКІЛЬНИКІВ З ГІПЕРКІНЕТИЧНИМ РОЗЛАДОМ В УМОВАХ РОДИНИ

В статті наведено основні засади організації комплексної психокорекційної допомоги дітям дошкільного віку з гіперкінетичним розладом та їх родинам з урахуванням системного та біопсихосоціального підходів. Описано основні мішені, інструменти та результати психокорекційного впливу, суб'єктами якого є дитина з гіперкінетичним розладом та її родина.

**Ключові слова:** гіперкінетичний розлад, дошкільний вік, психологічна корекція, медико-психологічний супровід.

**Вступ.** Гіперкінетичні розлади (ГКР) вважаються достатньо поширеними в дитячому віці психічними розладами. Від 3 до 7 % дітей, що досягли шкільного віку, страждають на ці розлади. У хлопчиків вони зустрічаються в 4 рази частіше, ніж у дівчаток [1]. В 60 % пацієнтів основні симптоми зберігаються і в підлітковому віці [3].

Сучасне суспільство, батьки та педагоги нестерпні до гіперактивних дітей. Темп сучасного життя наростає, підвищуються вимоги ранньої соціалізації. Дошкільні заклади і молодша школа підвищують вимоги до самостійності і мотивованості учнів в освітньому процесі. В вихованні зменшується терпимість до «дитячих помилок» [2; 4]. В школі нема місця для дітей з ГКР — дітей емоційно незрілих, гіперактивних та імпульсивних. Дітей переводять на індивідуальну форму навчання, по суті відмовляючи їм в повноцінній освіті вже на етапі молодшої школи [5].

**Метою** даної роботи є — на основі системного підходу вивчити особливості дезадаптації дитини з гіперкінетичним розладом та розробити програму медико-психологічного супроводу дитини з ГКР в умовах родини.

До участі в дослідженні було залучено 72 родини, які мали дітей дошкільного віку (3–5 років) з ГКР. В результаті дослідження у дітей було виявлено порушення в когнітивній (100,0 %), психоемоційній (96,3 %), особистісній (72,4 %) та психосоціальной (87,5 %) сферах, які було визначено як фактори, сприяючі дезадаптації дошкільників. Також було вивчено особливості функціонування дітей в умовах родини, в результаті чого отримано дані про порушення дитячо-батьківських відносин (84,4 %) та зниження якості життя (78,2 %) обстежених родин.

Відомо, що наявність діагнозу гіперкінетичного розладу у дитини негативно впливає на якість соціалізації та адаптації дитини в умовах сім'ї, а також на якість життя родини в цілому. Тому дуже важливою є органі-

зація взаємодії медичних спеціалістів, батьків, психологів, вихователів та вчителів з метою надання комплексної допомоги дитині з ГКР та її родині.

В даній роботі розглядатимуться питання організації медико-психологічного супроводу родини з дошкільником з ГКР.

Ми вважаємо, що супровід родини з дитиною з ГКР слід організовувати комплексно з урахуванням біопсихосоціальної моделі, враховуючи як біологічні прояви розладу, так і характер дезадаптації на психологічному та психосоціальному рівні (табл. 1).

Таблиця 1

**Мішені та інструменти психокорекційного впливу з врахуванням біопсихосоціальної моделі**

Рівні	Мішені впливу	Інструменти впливу
Біологічний	Порушення уваги	Медикаментозна терапія + тренінг розвитку когнітивних здібностей
	Імпульсивність	Медикаментозна терапія + поведінкова терапія
Психологічний	Порушення пам'яті	Тренінг розвитку когнітивних здібностей
	Тривожність	Арт-терапія
	Агресивність	Арт-терапія + поведінкова терапія
	Емоційна вразливість	Арт-терапія + поведінкова терапія
	Зниження самооцінки	Арт-терапія + поведінкова терапія
	Гіперактивна поведінка	Поведінкова терапія
Соціальний	Негармонійний тип виховання в родині	Психоедукація батьків, ССТ, «Тренінг прийняття дитини»
	Порушення ДБВ	ССТ, «Тренінг прийняття дитини», «Тренінг ефективної взаємодії з дитиною»

Було розроблено три психокорекційних блоки, перший з яких був спрямований на дитину, другий — на батьків, в третьому брала участь вся родина. До першого блоку, який проводився на тлі медикаментозного лікування розладу у дітей, увійшли: заходи корекції порушень в когнітивній та комунікативній сферах (тренінг розвитку когнітивних та комунікативних здібностей), арт-терапія, поведінкова терапія. Метою другого та третього блоків була гармонізація дитячо-батьківських відносин (ДБВ) та покращення соціальної взаємодії між членами родини. Блок включає наступні заходи: психоедукація батьків, системна сімейна терапія (ССТ), «Тренінг прийняття дитини», «Тренінг ефективної взаємодії з дитиною» [6; 7].

Під час роботи з дитиною з ГКР широко використовували поведінковий підхід, метою якого було або навчання новим адаптивним формам поведінки, або гальмування наявних у дитини дезадаптивних форм. В рамках поведінкового підходу використовували 4 основні моделі терапії (за А. Бандурою): 1) придушення (витіснення) відповідної реакції; 2) актуалізація (звільнення) пригніченою реакції; 3) фасилітація реакції, загальмованої негативними соціальними санкціями; 4) надбання реакції.

Також в роботі з дітьми використовували техніки арт терапії, а саме: проєктивне малювання, казкотерапію, ігротерапію, музикотерапію.

З метою корекції порушень в когнітивній сфері дошкільників з ГКР, а саме зниження основних якостей уваги та пам'яті, використовували техніку тренінгу розвитку когнітивних та комунікативних здібностей. Тренінг представляв собою групову форму роботи, яка включала розвивальні ігрові вправи, які мали за мету розвиток у дітей концентрації, розподілу та переключення уваги, розширення її обсягу, а також розвиток можливостей слухової, зорової та тактильної пам'яті. Тренінг складався з 10 занять, кожне тривалістю 30 хвилин, які проводились двічі на тиждень.

В проєктивному малюванні дітей з ГКР використовували такі методики: вільне малювання (кожна дитина малювала за бажанням); комунікативне малювання (в групі під час спілкування); спільне малювання (коли всі діти малювали одну спільну картину).

Також використовували засоби музикотерапії як одного із методів підвищення соціальної активності, комунікативних здібностей особистості, її адекватної соціалізації у суспільстві. Крім того, музикотерапія — це метод корекції функціональних рухових, психогенних або соціальних відхилень, оскільки за допомогою специфічних форм і засобів впливає на осіб із соціальними, психічними та соматичними відхиленнями, є джерелом активізуючої творчості та соціальної стимуляції, що позитивно впливає на емоційну і вольову сферу дитини. Позитивні емоції, що виникають під час звучання музики, стимулюють інтелектуальну діяльність дитини. Використовували такі форми музикотерапевтичних групових вправ, як: музично-рухові ігри та вправи; психічна і соматична релаксація за допомогою музики; вокальне вираження — спів.

Казкотерапію проводили з використанням народних та авторських казок, основні функції яких допомагали в реалізації мети: *діагностична* функція відіграла важливу роль на первинному етапі казкотерапії, дозволяла визначити стан дитини і поставити основну мету для подальшої роботи; *прогностична* функція казок полягала аналізі не тільки сьогодення але й перспективи розвитку події; *виховна* функція може за допомогою простих сюжетів і казкових образів навчити дитину простих істин, виховати в ній якості гармонійної особистості, *коригувальна* функція полягала в заміні «небажаної» поведінки на адаптивну. Казкотерапія проводилась в підгрупах дітей.

Наступний блок психокорекційних заходів включав заходи для батьків, а саме психоедукативні техніки, системну сімейну терапію (ССТ) та «Тренінг прийняття дитини».

Психоедукативні заходи проводились у вигляді 5 лекцій-презентацій (кожна тривалістю 90 хвилин) за темами:

1. Особливості перебігу ГКР в дошкільному віці
2. Засоби ранньої діагностики ГКР
3. Особливості функціонування родини з дитиною з ГКР
4. Корекція психологічних порушень у дошкільників з ГКР
5. Форми організації взаємодії між дитиною з ГКР та батьками в умовах родини

Психокорекційна робота з батьками проводилась в рамках підходу ССТ, з погляду якої наміри і вчинки людей вторинні і підкоряються законам і правилам функціонування сімейної системи, та будь-яку систему можливо оптимізувати. В процесі роботи з родиною використовували наступні техніки і напрямки системної сімейної терапії: «Циркулярне інтерв'ю» (circular interview); «Позитивна конотація» (positive connotation); включена супервізія (live supervision). Заходи ССТ проводились за участю виключно батьків без дитини.

Також всі батьки з обстежених родин брали участь в соціально-комунікативному тренінгу «Тренінг прийняття дитини», а родини спільно з дітьми відвідали «Тренінг ефективної взаємодії з дитиною». На кожний з тренінгів взагалі відводилось 10 занять тривалістю 90 хвилин двічі на тиждень.

В результаті проведення комплексної психокорекційної роботи було отримано результати, які свідчать про ефективність розробленої системи. Так, у дітей спостерігались позитивні зміни в когнітивній сфері (72,3 %), підвищення рівня самооцінки (68,5 %), покращення вміння планувати власну діяльність (79,2 %), зниження кількості проявів гіперактивної та імпульсивної поведінки (67,7 %), покращення комунікативних навичок (63,2 %). В родинях спостерігалось покращення взаємодії між батьками та дитиною (83,4 % родин) та покращення загальної якості життя родини з дитиною з ГКР (78,2 % родин).

### **Висновки**

1. Надання медико-психологічної допомоги дітям з ГКР та їх родинам повинно мати комплексний мультидисциплінарний характер та враховувати біопсихосоціальну модель.

2. Було розроблено та впроваджено психокорекційний комплекс, який складався з трьох блоків, перший з яких був спрямований на дитину, другий — на батьків, в третьому брала участь вся родина. До першого блоку, який проводився на тлі медикаментозного лікування розладу у дітей, увійшли: заходи корекції порушень в когнітивній та комунікативній сферах (тренінг розвитку когнітивних та комунікативних здібностей), арт-терапія, поведінкова терапія. Метою другого та третього блоків була гармонізація дитячо-батьківських відносин (ДБВ) та покращення соціальної взаємодії між членами родини.

3. Ефективність розробленої психокорекційної системи доведено завдяки проведеному після корекції психодіагностичному дослідженню, яке дозволило отримати наступні результати. Визначено, що у дітей спостерігались позитивні зміни в когнітивній сфері (72,3 %), підвищення рівня самооцінки (68,5 %), покращення вміння планувати власну діяльність (79,2 %), зниження кількості проявів гіперактивної та імпульсивної поведінки (67,7 %), покращення комунікативних навичок (63,2 %). В родинях спостерігалось покращення взаємодії між батьками та дитиною (83,4 % родин) та покращення загальної якості життя родини з дитиною з ГКР (78,2 % родин).

## Список використаних джерел і літератури

1. Заваденко Н. Н. Диагноз и дифференциальный диагноз синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей / Н. Н. Заваденко // Школьный психолог. — 2000. — № 4.
2. Лютова Е. К. Шпаргалка для взрослых: Психокоррекционная работа с гиперактивным, агрессивными, тревожными и аутичными детьми / Лютова Е. К., Монина Г. Б. — М.: Генезис, 2000. — С. 132–134.
3. Монина Г. Работа с «особым» ребенком / Г. Монина, Е. Лютова // Первое сентября. — 2000. — № 10. — С. 16–22.
4. Рассел Баркли Л. Ваш непослушный ребенок / Рассел Баркли Л., Кристина Бентон М. — СПб.: Питер, 2004. — 87 с.
5. Сиротюк А. Л. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью. Диагностика, коррекция и практические рекомендации родителям и педагогам / А. Л. Сиротюк. — М.: Сфера, 2002. — 167 с.
6. Словарь практического психолога / [сост. С. Ю. Головин]. — Минск: Харвест, 1997. — С. 37.
7. Фопель К. Как научить детей сотрудничать. Психологические игры и упражнения / Клаус Фопель. — М.: Генезис, 1999. — 263 с.

## References

1. Zavadenko N. N. Diagnost i differentsialnyy diagnost sindroma defitsita vnimaniya s giperaktivnostyu u detey / N. N. Zavadenko // Shkolnyy psiholog. — 2000. — № 4.
2. Lyutova E. K. Shpargalka dlya vzroslykh: Psikorrektsionnaya rabota s giperaktivnyim, agresivnyimi, trevozhnyimi i autichnyimi detmi / Lyutova E. K., Monina G. B. — M.: Genезis, 2000. — S. 132–134.
3. Monina G. Rabota s «osobyim» rebenkom / G. Monina, E. Lyutova // Pervoe sentyabrya. — 2000. — № 10. — S. 16–22.
4. Rassel Barkli L. Vash neposlushnyy rebenok / Rassel Barkli L., Kristina Benton M. — SPb.: Piter, 2004. — 87 s.
5. Sirotyuk A. L. Sindrom defitsita vnimaniya s giperaktivnostyu. Diagnostika, korrektsiya i prakticheskie rekomendatsii roditelyam i pedagogam / A. L. Sirotyuk. — M.: Sfera, 2002. — 167 s.
6. Slovar prakticheskogo psihologa / [sost. S. Yu. Golovin]. — Minsk: Harvest, 1997. — S. 37.
7. Fopel K. Kak nauchit detey sotrudnichat. Psihologicheskie igry i uprazhneniya / Klaus Fopel. — M.: Genезis, 1999. — 263 s.

## О. В. Кривоногова

Одесский национальный медицинский университет

## ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ДОШКОЛЬНИКОВ С ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ В УСЛОВИЯХ СЕМЬИ

### Резюме

В статье приведены основные принципы организации комплексной психокоррекционной помощи детям дошкольного возраста с гиперкинетическим расстройством и их семьям с учетом системного и биопсихосоциального подходов. Описаны основные мишени, инструменты и результаты психокоррекционной влияния, субъектами которого являются ребенок с гиперкинетическим расстройством и его семья.

**Ключевые слова:** гиперкинетический расстройство, дошкольный возраст, психологическая коррекция, медико-психологическое сопровождение.

**O. V. Kryvonogova**

Odessa National Medical University

**ORGANIZATION OF MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL SUPPORT  
TO PRESCHOOL CHILDREN WITH HYPERKINETIC DISORDER  
IN THE FAMILY**

**Abstract**

The paper presents the basic principles of complex psychological help to preschool children with hyperkinetic disorder (HKD) and their families, taking into account the system and biopsychosocial approaches. It is described the basic target, tools and results of psychological influence, the subjects of which are children with hyperkinetic disorder and their families. This paper is based on system approach to examine the features of maladjustment child with hyperkinetic disorder and develop a program of medical and psychological support for the child in terms of family.

In the study it was involved 72 families who has preschool children (3–5 years) with HKD. The study in children irregularities in cognitive (100,0 %), psycho-emotional (96,3 %), personal (72,4 %) and psychosocial (87,5 %) areas that have been identified as factors contributing to exclusion of preschoolers. There have been studied the peculiarities of children in the family, as a result of violations received child-parent relationships (84,4 %) and reduced quality of life (78,2 %) of surveyed families.

It was designed and implemented complex psychological correction, consisting of three parts, the first of which was sent to the child, the second — the parents, the third was involved the whole family. The first block included correction of disturbances in cognitive and communicative spheres. The second and third stages were dedicated to harmonization of child-parent relationships and improved social interaction between family members.

**Key words:** hyperkinetic disorder, preschool age, psychological correction, medical and psychological support.

*Стаття надійшла до редакції 22.11.2014*