

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**Кафедра української мови, психології та педагогіки**

**Магістерська робота**

**за спеціальністю 053 Психологія**

на тему: «Психологічні особливості корекції поведінкових розладів у дітей з особливими освітніми потребами засобами ігрової терапії»

**Виконала** здобувачка вищої освіти

2 курсу, групи 1-24-276

I медичного факультету

спеціальності 053 Психологія

Гордєєва Юлія Вадимівна

**Керівник:** Шейко А.О., к. психол.н.,

доцент кафедри української мови,

психології та педагогіки

**Рецензенти:** Алієва Т.А., к.психол.н.,

доцент кафедри сексології, психотерапії

та медичної психології;

Соколова І.М., д. психол.н., професор

кафедри української мови, психології та

педагогіки

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП</b>	3
<b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ КОРЕКЦІЇ ПОВЕДІНКОВИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ</b>	9
1.1. Поняття поведінкових розладів у дитячому віці	9
1.2. Психологічні механізми формування та підтримання поведінкових порушень у дітей з особливими освітніми потребами	15
1.3. Ігрова терапія як засіб корекції поведінкових розладів у дітей з особливими освітніми потребами	26
<b>Висновки до першого розділу</b>	32
<b>РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ІГРОВОЇ ТЕРАПІЇ У КОРЕКЦІЇ ПОВЕДІНКОВИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ</b>	35
2.1. Організація та етапи емпіричного дослідження	35
2.2. Констатувальний етап емпіричного дослідження	41
2.3. Програма психокорекції поведінкових розладів засобами ігрової терапії	50
2.4. Контрольний етап емпіричного дослідження та оцінка ефективності програми	54
2.5. Практичні рекомендації психологам та педагогам щодо застосування ігрової терапії	67
<b>Висновки до другого розділу</b>	71
<b>ВИСНОВКИ</b>	75
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b>	79

## ВСТУП

Сучасна система освіти України, орієнтована на принципи інклюзивного навчання та дитиноцентризму, висуває підвищені вимоги до психолого-педагогічного супроводу дітей з особливими освітніми потребами. Розвиток інклюзивної освіти як гуманістично зорієнтованої моделі відображає загальноєвропейські тенденції, що акцентують на рівному доступі до якісного навчання, недискримінації та створенні умов для розвитку кожної дитини незалежно від її індивідуальних особливостей. Методологічні засади інклюзії та дитиноцентризму розкриті у працях вітчизняних і зарубіжних дослідників, зокрема у науковому доробку В. Сухомлинського, який підкреслював неприпустимість формального підходу до дитинства та важливість врахування внутрішнього світу дитини, а також у працях Ш. Амонашвілі, що розвивав ідеї гуманної педагогіки та особистісно орієнтованого навчання. На важливості створення умов для розвитку дітей з ООП у рамках підтримувального освітнього середовища наголошують також українські дослідники інклюзивної освіти (А. Колупаєва, О. Таранченко), які розглядають супровід як цілісну систему взаємодії педагогів, психологів, фахівців та сім'ї.

Особливої уваги у межах інклюзивного підходу потребують діти молодшого шкільного віку з поведінковими розладами, зокрема із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю, оскільки саме в цей віковий період закладаються основи довільної регуляції поведінки, навчальної мотивації та соціальної взаємодії. Психологічні механізми формування довільності розкриті у культурно-історичній теорії Л. Виготського, який розглядав довільну поведінку як результат соціального розвитку та інтеріоризації зовнішніх форм контролю. Подальший розвиток цих положень знайшов відображення у працях О. Леонтьєва і Д. Ельконіна, які обґрунтували роль діяльності (зокрема ігрової) як провідного чинника психічного розвитку дитини, а також у дослідженнях О. Лурії, що підкреслював важливість

розвитку нейропсихологічних механізмів контролю та регуляції. Таким чином, молодший шкільний вік є особливо чутливим періодом для корекції порушень саморегуляції, оскільки психічні функції активно розвиваються і можуть бути ефективно підтримані через спеціально організовані методи впливу.

Діти з синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю часто демонструють імпульсивність, гіперактивність, труднощі концентрації уваги, порушення самоконтролю та дотримання правил, що негативно впливає на їхню успішність, адаптацію в шкільному середовищі та взаємини з однолітками й дорослими. Проблему синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю як психофункціонального розладу активно вивчали численні дослідники; зокрема, Р. Барклі розглядав синдром дефіциту уваги з гіперактивністю передусім як порушення виконавчих функцій та дефіцит гальмування поведінки, що зумовлює труднощі самоконтролю та планування. У контексті поведінкових проявів і психологічних наслідків синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю важливими є праці К. Коннерса, який розробив діагностичні шкали для оцінки проявів синдрому та довів необхідність комплексного супроводу дітей. Дослідження Т. Брауна та інших учених підкреслюють, що симптоми синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю значно ускладнюють навчальну діяльність через нестійкість уваги, низьку організованість, швидке виснаження і труднощі саморегуляції. В українському науковому полі питання поведінкових порушень та психолого-педагогічного супроводу дітей з труднощами навчання й розвитку висвітлюються у працях фахівців спеціальної та інклюзивної освіти, які наголошують на системності підтримки та необхідності поєднання корекційно-розвивальних впливів із педагогічними стратегіями.

За відсутності своєчасної та адекватної корекційної допомоги поведінкові труднощі у дітей із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю можуть набувати стійкого характеру, ускладнювати освітню траєкторію дитини та сприяти формуванню вторинних емоційно-поведінкових проблем.

Це узгоджується з підходами, що розглядають поведінкові розлади як чинник ризику подальших труднощів соціалізації, зниження самооцінки, формування негативного образу «Я» та дезадаптації у колективі. У контексті розвитку психологічних труднощів важливими є дослідження А. Бандури, який доводив значення соціального навчання, моделювання поведінки та впливу соціального середовища на формування навичок самоконтролю. Також актуальними є положення теорії прив'язаності Дж. Боулбі, яка підкреслює роль емоційної підтримки, безпечного середовища і стабільних взаємин із дорослими як умов психічного благополуччя та ефективної корекції.

У цьому контексті особливої актуальності набуває пошук ефективних, вікововідповідних і гуманістично орієнтованих методів психокорекції поведінкових розладів. Одним із таких методів є ігрова терапія, яка ґрунтується на використанні гри як провідної діяльності дитини молодшого шкільного віку та виступає природним способом вираження дитячого досвіду. Теоретичні засади терапевтичної ролі гри розкривав Д. Ельконін, доводячи, що гра формує здатність діяти за правилом, розвиває довільність і соціальні ролі, а також Ж. Піаже, який пов'язував ігрову діяльність з розвитком мислення та адаптаційних механізмів. Власне ігрову терапію як психологічний метод розробляли й упроваджували В. Акслайн, яка обґрунтувала недирективну (клієнт-центровану) ігрову терапію на основі ідей К. Роджерса; Г. Лендрет, який систематизував теорію та практику ігрової терапії й підкреслив її роль у формуванні емоційної регуляції та поведінкової стабільності. Дослідження цих авторів підтверджують, що гра може виступати механізмом розвитку самоконтролю, подолання тривожності, зниження агресивності та формування соціально прийнятних моделей поведінки.

Ігрова терапія створює безпечне емоційне середовище, сприяє розвитку довільної регуляції, соціальних навичок, зниженню імпульсивності та формуванню адаптивних моделей поведінки. Вона дозволяє в ненасильницькому форматі включати дитину в ситуації правил, черговості,

співпраці, а також формувати «поведінкову паузу» – здатність зупиняти імпульс і діяти усвідомлено. Особливо ефективною ігровою терапією є для дітей з синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю, оскільки поєднує тренування виконавчих функцій із мотиваційною залученістю, що відповідає віковим потребам молодших школярів.

Попри наявність значної кількості наукових досліджень, присвячених проблемі синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю та поведінкових порушень, питання цілеспрямованого застосування ігрової терапії як корекційного засобу у роботі з дітьми з особливими освітніми потребами потребує подальшого теоретичного обґрунтування та емпіричної перевірки саме в умовах сучасної української інклюзивної освіти. Це зумовлює актуальність обраної теми магістерського дослідження, орієнтованого на наукове підтвердження результативності ігрової терапії у корекції поведінкових порушень дітей молодшого шкільного віку з синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю.

**Об’єкт дослідження** – поведінкові розлади у дітей молодшого шкільного віку з особливими освітніми потребами.

**Предмет дослідження** – психологічні особливості корекції поведінкових розладів у дітей молодшого шкільного віку з синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю засобами ігрової терапії.

**Мета дослідження** – теоретично обґрунтувати та емпірично перевірити ефективність застосування ігрової терапії у корекції поведінкових розладів у дітей молодшого шкільного віку з особливими освітніми потребами (синдром дефіциту уваги з гіперактивністю).

Для досягнення поставленої мети було визначено такі **завдання дослідження**:

1. Проаналізувати наукові підходи до розуміння поведінкових розладів у дитячому віці та особливостей їх прояву у дітей з особливими освітніми потребами.

2.Розкрити психолого-педагогічні особливості дітей молодшого шкільного віку з синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю як особливої категорії супроводу.

3.Обґрунтувати теоретико-методологічні засади ігрової терапії як методу психокорекційної роботи.

4.Провести констатувальне дослідження рівня поведінкових розладів у дітей з синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю.

5.Розробити та реалізувати програму психокорекції поведінкових розладів засобами ігрової терапії.

6.Оцінити ефективність корекційної програми на основі результатів контрольного етапу та математико-статистичної обробки даних та розробити практичні рекомендації для психологів і педагогів щодо застосування ігрової терапії у роботі з дітьми з особливими освітніми потребами.

**Гіпотеза дослідження.** Дослідження ґрунтується на припущенні, що цілеспрямоване застосування ігрової терапії як вікововідповідного психокорекційного методу сприятиме статистично значущому зниженню інтенсивності поведінкових розладів у дітей молодшого шкільного віку з синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю, зокрема проявів гіперактивності, імпульсивності, порушень самоконтролю та труднощів соціальної взаємодії.

Для реалізації поставлених завдань було використано комплекс взаємодоповнювальних **методів дослідження**:

– теоретичні методи: аналіз, синтез, узагальнення наукової літератури з проблем поведінкових розладів, СДУГ та ігрової терапії;

– емпіричні методи: методика SDQ; шкала Коннерса для оцінювання інтенсивності симптомів синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю; структуроване психолого-педагогічне спостереження;

– математико-статистичні методи: критерій Вілкоксона для залежних вибірок з метою перевірки достовірності відмінностей між показниками до та після корекційного впливу.

**Наукова новизна** роботи полягає у: теоретичному узагальненні сучасних підходів до корекції поведінкових розладів у дітей з особливими освітніми потребами; емпіричному підтвердженні ефективності ігрової терапії як психокорекційного засобу у роботі з дітьми молодшого шкільного віку з синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю; уточненні психологічних механізмів впливу ігрової діяльності на розвиток саморегуляції та соціальної поведінки дітей з поведінковими порушеннями.

**Практичне значення дослідження** полягає у можливості використання отриманих результатів у діяльності практичних психологів, педагогів, фахівців інклюзивно-ресурсних центрів та закладів загальної середньої освіти. Розроблена програма ігрової психокорекції та практичні рекомендації можуть бути використані у корекційно-розвивальній роботі з дітьми молодшого шкільного віку з синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю, а також у системі психолого-педагогічного супроводу дітей з ООП.

**Структура роботи.** Магістерська робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. У першому розділі розкрито теоретичні основи проблеми поведінкових розладів у дітей з особливими освітніми потребами та наукові засади ігрової терапії. Другий розділ присвячений організації, проведенню та аналізу результатів емпіричного дослідження ефективності ігрової терапії. У висновках узагальнено результати дослідження та сформульовано основні наукові й практичні положення.

## РОЗДІЛ 1.

### ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ КОРЕКЦІЇ ПОВЕДІНКОВИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ

#### 1.1. Поняття поведінкових розладів у дитячому віці

Поведінкові розлади у дитячому віці є однією з найбільш актуальних проблем сучасної психології розвитку, клінічної психології та спеціальної освіти, оскільки вони суттєво впливають на соціальну адаптацію дитини, її навчальну успішність, якість міжособистісних стосунків, а також на психологічний клімат у сім'ї та освітньому середовищі. З огляду на поширення інклюзивної освіти та зростання кількості дітей з особливими освітніми потребами, питання розуміння поведінкових порушень як комплексного психолого-педагогічного явища набуває особливої значущості.

У сучасній науковій літературі поведінкові розлади визначаються як стійкі або повторювані форми поведінки, що відхиляються від вікових, соціокультурних та нормативних очікувань і призводять до порушення соціального функціонування дитини. Вони проявляються у неадекватних або дезадаптивних реакціях на вимоги середовища, труднощах у дотриманні правил, порушенні дисципліни, конфліктах із дорослими та однолітками, а також у зниженні здатності до самоконтролю і саморегуляції. Важливо підкреслити, що поведінкові порушення не можуть розглядатися лише як прояв «непослуху» чи «поганого виховання», оскільки їхні причини є багатофакторними та поєднують біологічні, психологічні й соціальні механізми [21]. Такий підхід узгоджується з біопсихосоціальною моделлю розвитку поведінкових труднощів (Дж. Енгель), де поведінка розглядається як результат взаємодії індивідуальних особливостей дитини та соціального контексту.

Загальними характеристиками поведінкових розладів є систематичність, тривалість, контекстуальна стійкість і виражений вплив на адаптацію. Вони часто мають тенденцію до закріплення, якщо не

здійснюється цілеспрямована психологічна та педагогічна корекція. На думку О. Леонт'єва, поведінка дитини формується у процесі діяльності, а тому її порушення слід аналізувати не ізольовано, а в зв'язку з провідною діяльністю, мотивами, потребами та особливостями соціальної ситуації розвитку. Подібної позиції дотримувався і Л. Виготський, наголошуючи, що поведінкові труднощі часто є наслідком дисгармонії між потребами дитини та вимогами середовища, а також браком сформованих засобів довільної регуляції [2].

Структура поведінкових розладів у дитячому віці є багатокомпонентною та включає декілька взаємопов'язаних складових, які взаємодіють між собою та утворюють цілісну систему дезадаптивного реагування. З огляду на психологічну природу поведінкових порушень, доцільно розглядати їх як результат порушення процесів емоційної регуляції, довільного контролю, соціальної компетентності та когнітивно-виконавчих функцій, що особливо чітко виявляється у молодшому шкільному віці, коли дитина стикається з новими вимогами шкільного середовища: необхідністю діяти за правилами, тривалий час утримувати увагу, співпрацювати з однолітками, контролювати імпульси та підпорядковувати поведінку соціальним нормам [28].

По-перше, важливе місце у структурі поведінкових розладів займає емоційний компонент, який пов'язаний із підвищеною емоційною збудливістю, нестабільністю афективних реакцій, схильністю до тривожності та низькою толерантністю до фрустрації. У дітей із поведінковими порушеннями часто спостерігається швидка зміна настрою, підвищена дратівливість, чутливість до зауважень, труднощі у прийнятті невдач і програшу. У умовах фрустрації (обмеження бажань, вимога чекати, неможливість одразу отримати результат) виникають афективні спалахи: протест, агресія, плач, демонстративна поведінка. Даний компонент підсилює дезадаптацію дитини, оскільки емоційна напруга знижує здатність до раціонального контролю поведінки та провокує імпульсивні форми

реагування. У цьому контексті важливо враховувати, що емоційна реактивність часто виконує захисну функцію, компенсуючи відчуття невпевненості та труднощі соціального прийняття [37].

По-друге, поведінкові розлади включають вольовий компонент, який відображає недостатність довільної регуляції та самоконтролю. У даному випадку йдеться про труднощі у здатності зупиняти імпульс, утримувати інструкцію, дотримуватися правила та завершувати розпочату діяльність. Вольова недостатність проявляється у нестійкості поведінкових програм: дитина часто діє ситуативно, під впливом моменту, без опори на внутрішні правила та усвідомлені цілі. Особливо показовими є порушення поведінкового гальмування: дитині складно чекати черги, витримувати паузу, контролювати реакцію у конфліктній ситуації. У молодшому шкільному віці це прямо впливає на навчальну успішність, оскільки виконання завдань потребує довільності, послідовності, витримки й зосередженості [8]. Вольовий компонент також пов'язаний із недостатнім розвитком навичок саморегуляції – умінням заспокоїтися, переключитися, стабілізувати стан перед навчальним або соціальним викликом.

По-третє, у структурі поведінкових розладів виокремлюється соціально-комунікативний компонент, що пов'язаний із порушенням правил взаємодії з однолітками й дорослими, недостатністю соціальних навичок та труднощами прийняття соціальних ролей. У дітей з поведінковими труднощами часто спостерігаються конфліктність, схильність до домінування або опозиції, неприйняття домовленостей, небажання діяти «за правилами групи». Типовими є порушення черговості, перебивання, втручання у діяльність інших, надмірна реакція на зауваження, низька здатність до кооперації. Соціальні труднощі можуть призводити до негативного ставлення з боку однолітків, формування стійкого конфліктного статусу у колективі та вторинних емоційних проблем – образливості, агресивності, тривожності або соціального уникнення. Водночас важливо підкреслити, що соціально-комунікативний компонент є найбільш значущим

у контексті інклюзивного навчання, оскільки успіх адаптації дитини в класі залежить від уміння взаємодіяти та приймати групові правила.

По-четверте, важливим є когнітивний компонент, пов'язаний із особливостями уваги, мислення, планування, прогнозування наслідків власних дій і контролю помилок. Когнітивний компонент включає недостатність виконавчих функцій: слабкість довільної уваги, труднощі переключення, низьку здатність утримувати мету, порушення планування й організації діяльності [4]. Дитина може діяти без урахування послідовності кроків, не завершувати розпочате, не враховувати результат і наслідки своїх дій. Згідно з нейропсихологічним підходом, подібні труднощі пов'язані з механізмами регуляції та контролю, які забезпечуються функціональними системами мозку (О. Лурія). Водночас у межах соціально-когнітивної теорії підкреслюється роль навчання через спостереження та підкріплення у формуванні поведінкових стратегій: дитина засвоює певні моделі реагування у взаємодії з дорослими й однолітками, і якщо ці моделі підкріплюються середовищем, вони можуть закріплюватися як стійкі (А. Бандура).

Таким чином, поведінкові розлади не можуть бути зведені лише до окремих «негативних» форм поведінки, оскільки мають комплексну психологічну структуру та зумовлюються взаємодією емоційних, вольових, соціально-комунікативних і когнітивних чинників [13]. Саме інтеграція зазначених компонентів створює різноманіття проявів поведінкових проблем у дітей, особливо у молодшому шкільному віці, коли зростають вимоги до саморегуляції, довільної уваги та соціальної адаптації. Це обґрунтовує необхідність системного психокорекційного підходу, спрямованого не лише на зменшення зовнішніх проявів поведінкових труднощів, а й на розвиток механізмів емоційної регуляції, самоконтролю, соціальної компетентності та когнітивного планування.

Суттєвим у межах аналізу поведінкових розладів є розмежування їхніх проявів на екстерналізовані (зовнішні) та інтерналізовані (внутрішні). Такий поділ широко використовується в психодіагностиці та дитячій клінічній

психології (Т. Ахенбах). Екстерналізовані прояви спрямовані назовні та пов'язані з порушеннями взаємодії із соціальним оточенням: агресивність, опозиційність, імпульсивність, протестна поведінка, гіперактивність, порушення дисципліни, схильність до ризикованих вчинків. Вони є більш помітними у шкільному середовищі та часто стають причиною педагогічних труднощів і конфліктів із дорослими [22]. У структурі таких проявів нерідко спостерігаються труднощі гальмування реакцій, дефіцит довільної уваги, недосконалість механізмів саморегуляції та контролю поведінки, що особливо характерно для дітей із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю. На думку Р. Барклі, центральним механізмом при синдромі дефіциту уваги з гіперактивністю виступає дефіцит гальмівного контролю, який спричиняє порушення регуляції поведінки, емоцій і мотиваційної сфери.

На відміну від екстерналізації, інтерналізовані прояви спрямовані всередину та часто залишаються менш помітними для педагогів, але мають не менший вплив на благополуччя дитини. До них належать підвищена тривожність, страхи, соматизовані реакції, замкнутість, соціальне уникнення, депресивні тенденції, занижена самооцінка. У молодшому шкільному віці інтерналізовані прояви можуть маскуватися під «слухняність», однак фактично супроводжуються емоційним виснаженням, порушеннями самоцінності та труднощами адаптації [23]. З позицій психосоціальної теорії Е. Еріксона, саме молодший шкільний вік є критичним для формування компетентності й відчуття успіху, а поведінкові та емоційні порушення можуть призводити до виникнення почуття меншовартості.

Поведінкові розлади в дитячому віці тісно пов'язані з феноменом дезадаптивної поведінки, яка розглядається як педагогіко-психологічна проблема, що проявляється у невідповідності поведінкових реакцій дитини вимогам соціального середовища та навчальної діяльності. Дезадаптація може мати різні рівні: від ситуативних труднощів у класі до стійкого порушення шкільної адаптації, що супроводжується конфліктністю,

відмовою від навчання, низькою мотивацією, погіршенням академічних результатів. На думку А. Адлера, дезадаптивні поведінкові прояви можуть бути пов'язані з помилковими цілями поведінки та прагненням дитини компенсувати почуття неповноцінності через домінування, протест або уникнення. Водночас у сучасних підходах наголошується, що дезадаптивна поведінка часто виконує психологічну функцію – захист від тривоги, реакцію на фрустрацію, спробу самоствердження або привернення уваги, тому її корекція має ґрунтуватися на розумінні внутрішніх причин, а не лише на зовнішньому контролі [5].

Особливо значущою проблема поведінкових розладів стає у роботі з дітьми з особливими освітніми потребами, оскільки у них часто поєднуються нейропсихологічні особливості розвитку, порушення комунікації, емоційна нестабільність і труднощі соціальної взаємодії. У таких випадках поведінка може бути вторинним симптомом, який сигналізує про труднощі адаптації, перевантаження, сенсорну дискомфортність або дефіцит навичок. Це відповідає положенням Л. Виготського про вторинні порушення, які формуються під впливом соціального середовища та реакцій оточення на первинний дефект.

Таким чином, поведінкові розлади у дитячому віці є багатовимірним явищем, що включає емоційні, вольові, когнітивні та соціальні компоненти, має екстерналізовані й інтерналізовані прояви та часто стає основою дезадаптивної поведінки в освітньому середовищі. Їхнє подолання потребує комплексного психолого-педагогічного підходу, орієнтованого не лише на поведінкові симптоми, а й на механізми саморегуляції, емоційної компетентності та соціальних навичок [41]. У контексті даного дослідження особлива увага приділятиметься можливостям ігрової терапії як гуманістичного й ефективного засобу корекції поведінкових розладів у дітей молодшого шкільного віку з синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю.

## **1.2. Психологічні механізми формування та підтримання поведінкових порушень у дітей з особливими освітніми потребами**

У сучасних умовах реформування освітньої системи та впровадження інклюзивної освіти особливої актуальності набуває проблема психолого-педагогічного супроводу дітей з особливими освітніми потребами. Ця категорія дітей становить гетерогенну групу, яка об'єднує учнів із різними особливостями психофізичного розвитку, що зумовлюють стійкі або тимчасові труднощі у навчанні, соціальній адаптації та опануванні освітніх програм. У межах інклюзивного підходу дитина з особливими освітніми потребами розглядається не як «проблема», а як суб'єкт освітнього процесу, для якого необхідно створити умови, що компенсують бар'єри у доступі до навчання та сприяють розвитку особистісного потенціалу. Такий підхід відповідає ідеям гуманістичної педагогіки, концепції розвивального навчання та культурно-історичної теорії розвитку, в межах якої Л. Виготський наголошував, що саме соціальне середовище може або посилювати труднощі розвитку дитини, або компенсувати їх через правильно організовану взаємодію та підтримку.

Поняття «особливі освітні потреби» у контексті інклюзивної освіти охоплює не лише наявність певного діагнозу або порушення розвитку, а й конкретні потреби дитини в адаптації навчального процесу, корекційно-розвиткових послугах, спеціальних методах навчання, індивідуалізації та психологічній підтримці [4]. Важливо підкреслити, що особливі освітні потреби можуть бути пов'язані з порушеннями мовлення, інтелектуального розвитку, аутистичним спектром, сенсорними порушеннями, труднощами навчання, емоційно-вольовими порушеннями, а також нейророзвитковими станами, зокрема синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю. У таких випадках труднощі дитини проявляються не лише у навчальній діяльності, а й у регуляції поведінки, контролі емоційних реакцій і формуванні соціальних навичок. Саме тому діти з особливими освітніми потребами потребують

системного психолого-педагогічного супроводу як комплексу заходів, що поєднує корекційно-розвиткову роботу, психопрофілактику, консультативну підтримку сім'ї та педагогів.

Діти з особливими освітніми потребами є особливо вразливою групою щодо розвитку поведінкових розладів, оскільки їхні труднощі часто мають комплексний характер та зумовлюються взаємодією психологічних і соціальних чинників. До психологічних чинників ризику належать специфічні особливості нервової системи, недостатність механізмів довільної регуляції, підвищена емоційна збудливість, низька стресостійкість, слабкість навичок самоконтролю та низька фрустраційна толерантність [14]. У дітей молодшого шкільного віку, особливо з синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю, відзначається тенденція до імпульсивних реакцій, труднощів у дотриманні правил, нестійкої уваги й недостатнього гальмування поведінкових імпульсів. Як зазначає Р. Барклі, дефіцит інгібіторного контролю є центральним механізмом, що обмежує здатність дитини планувати поведінку, зважувати наслідки й утримувати соціально прийнятні форми реагування. У поєднанні з підвищеною потребою у руховій активності та швидкою зміною мотивації це часто призводить до конфліктних ситуацій і негативної оцінки з боку дорослих.

Окрім індивідуально-психологічних чинників, важливе значення мають соціальні фактори ризику поведінкових розладів у дітей з особливими освітніми потребами. До них належать несприятливий мікроклімат у сім'ї, високий рівень конфліктності, несистемність виховних впливів, нестача емоційної підтримки, завищені або, навпаки, занижені вимоги до дитини. А. Адлер підкреслював, що невдачі у соціальній взаємодії та переживання відчуття неповноцінності можуть породжувати компенсаторні реакції у вигляді протестної поведінки або агресії. Водночас у межах соціально-когнітивної теорії А. Бандури поведінкові розлади можуть формуватися як наслідок навчання через спостереження: дитина переймає моделі реагування, які підтримуються або підкріплюються значущими дорослими чи групою

однолітків. Таким чином, поведінкові порушення у дітей з особливими освітніми потребами не є лише внутрішньою проблемою дитини, а формуються та закріплюються у конкретному соціальному середовищі.

Значним чинником ризику виступають труднощі шкільної адаптації. Молодший шкільний вік є періодом підвищених вимог до довільності психічних процесів, уміння діяти за інструкцією, контролювати поведінку та емоції, співпрацювати у групі. Діти з особливими освітніми потребами часто мають обмежені ресурси для швидкої адаптації до цих вимог, що може проявлятися у невстиганні, швидкій втомлюваності, дратівливості, протестних реакціях або униканні діяльності [12]. У межах концепції Е. Еріксона молодший шкільний вік визначається кризою «працьовитість – почуття меншовартості», а систематичні навчальні невдачі, критика й соціальне відторгнення можуть сприяти формуванню негативної Я-концепції та закріпленню дезадаптивних поведінкових стратегій. З цієї точки зору, поведінкові розлади часто виступають не первинною проблемою, а вторинним відгуком на переживання невдач, тривоги та емоційного напруження.

У контексті психолого-педагогічного супроводу важливим є розуміння ролі сім'ї, школи та ширшого соціального середовища у формуванні або профілактиці поведінкових порушень у дітей з особливими освітніми потребами. Сім'я є первинним соціалізувальним простором, де закладаються основи емоційної безпеки, довіри, навичок саморегуляції. Емоційна підтримка, послідовність правил, адекватна система заохочень і меж, розвиток навичок конструктивної комунікації та прийняття дитини значно знижують ризик поведінкових розладів [1]. Натомість жорстке покарання, емоційна холодність або непослідовність виховання можуть підсилювати проблемні форми реагування.

Шкільне середовище має не менше значення, оскільки саме тут дитина щоденно стикається з соціальними нормами, вимогами дисципліни та необхідністю взаємодії. Педагогічна компетентність, інклюзивна культура,

толерантність колективу та доступність психологічної підтримки визначають те, чи буде поведінка дитини коригуватися і соціалізуватися, чи, навпаки, посилюватиметься через стигматизацію, відторгнення та хронічний стрес. На думку Л. Виготського, адекватно організоване навчання і підтримка дорослого в «зоні найближчого розвитку» здатні суттєво компенсувати труднощі дитини, забезпечуючи поступове формування довільності та соціально прийнятних способів взаємодії.

Не менш значущим є вплив однолітків та соціального контексту загалом. Успішна включеність у дитячу групу є важливим ресурсом розвитку соціальних навичок, емпатії, здатності діяти за правилами та приймати іншу позицію. Однак діти з особливими освітніми потребами нерідко переживають труднощі у групових формах діяльності: вони можуть порушувати правила гри, не витримувати очікування, реагувати імпульсивно, що провокує конфлікти й соціальне відторгнення. Виникає замкнене коло: труднощі поведінки ведуть до негативної соціальної оцінки, а відторгнення поглиблює тривожність, фрустрацію та збільшує частоту проблемних реакцій [20]. Саме тому корекційна робота повинна охоплювати не лише дитину, а й її мікросоціальне середовище.

Таким чином, діти з ООП становлять особливу категорію психолого-педагогічного супроводу, оскільки потребують цілісної системи підтримки, спрямованої не лише на академічну успішність, але й на розвиток саморегуляції, соціальної компетентності та емоційної стабільності. Поведінкові розлади у цієї групи формуються під впливом поєднання психологічних чинників (нейропсихологічні особливості, дефіцит самоконтролю, емоційна нестійкість) та соціальних факторів (сімейні умови, шкільне середовище, взаємодія з однолітками). У зв'язку з цим ефективні корекційні підходи повинні базуватися на партнерстві сім'ї та школи, індивідуалізації освітніх умов, а також застосуванні гуманістичних психологічних методів, зокрема ігрової терапії, яка відповідає віковим

потребам дитини й створює безпечний простір для корекції поведінкових проявів і формування конструктивних моделей взаємодії.

Поведінкові порушення у дітей з особливими освітніми потребами, зокрема у молодшому шкільному віці при синдромі дефіциту уваги з гіперактивністю, формуються як результат складної взаємодії нейропсихологічних, емоційно-вольових, когнітивних і соціальних чинників. Вони не є випадковими проявами «неслухняності», а відображають певні закономірності розвитку психіки, механізми саморегуляції, особливості мотиваційної сфери та специфіку взаємодії дитини з найближчим соціальним середовищем. Саме тому вивчення психологічних механізмів поведінкових порушень є основою для підбору ефективних корекційних засобів і створення системи психолого-педагогічного супроводу.

Одним із провідних механізмів поведінкових порушень у дітей із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю є недостатність довільної регуляції, яка проявляється у нездатності тривалий час підтримувати необхідний рівень контролю над поведінкою відповідно до соціальних норм і навчальних вимог. У культурно-історичній теорії Л. Виготського довільність розглядається як результат інтеріоризації зовнішнього контролю, що поступово перетворюється на самоконтроль [13]. У дітей з нейророзвитковими особливостями, характерними для синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю, цей процес ускладнюється: дитині складно утримувати правила, планувати дії та гальмувати імпульсивні реакції, що зумовлює часті порушення дисципліни, демонстративну поведінку, конфліктність у спілкуванні. На думку Р. Барклі, центральною проблемою при синдромі дефіциту уваги з гіперактивністю є дефіцит поведінкового гальмування, який обмежує можливість дитини керувати реакціями «тут і тепер» та підпорядковувати їх віддаленій меті. Це стає психологічною основою як гіперактивності, так і імпульсивних, емоційно забарвлених вчинків.

Тісно пов'язаним із довільною регуляцією є механізм порушення виконавчих функцій, що включають планування, прогнозування, організацію діяльності, утримання інструкцій у робочій пам'яті, здатність завершувати справу та контролювати проміжні результати. Д. Лурія підкреслював, що регулятивна функція поведінки забезпечується сформованістю лобних відділів мозку, які відповідають за цілеспрямованість та контроль. У дітей з синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю ці функції розвинені нерівномірно, що проявляється у швидкій втраті інтересу до завдання, потребі у постійному зовнішньому стимулюванні, труднощах організації навчальної діяльності. Внаслідок цього дитина часто демонструє хаотичність дій, не доводить розпочате до кінця, допускає значну кількість помилок через неуважність, що провокує ситуації невдачі та посилює напруження у взаєминах із педагогами й однолітками.

Важливим механізмом формування поведінкових розладів є емоційна дисрегуляція – труднощі в розпізнаванні, вираженні та контролі емоційних станів. Діти молодшого шкільного віку в цілому мають недостатньо зрілі навички емоційного контролю, а при синдромі дефіциту уваги з гіперактивністю ці труднощі посилюються. Дитина швидко переходить від спокійного стану до роздратування або афекту, гостро реагує на заборони, критику, програв, обмеження свободи дій [11]. Під впливом таких емоційних реакцій може виникати агресивність, протестність, імпульсивні висловлювання або руйнівна поведінка. У теорії психосоціального розвитку Е. Еріксона зазначається, що молодший шкільний вік є періодом формування почуття компетентності, тому емоційна нестабільність на тлі навчальних невдач може спричиняти фрустрацію та розвиток негативних поведінкових стратегій як способу психологічного захисту.

Суттєву роль у поведінкових порушеннях відіграє низька фрустраційна толерантність – обмежена здатність дитини витримувати затримку задоволення, відмову, складні умови або перешкоди. Коли очікування не співпадають з реальністю, діти з синдромом дефіциту уваги з

гіперактивністю часто реагують миттєво: криком, відмовою працювати, імпульсивними діями, конфліктом. А. Адлер розглядав подібні реакції як компенсаторні форми поведінки, що виникають у відповідь на переживання безсилля та труднощі соціальної адаптації. Якщо дитина систематично стикається з ситуаціями, де не може досягти успіху або визнання, це може стимулювати розвиток опозиційної поведінки як способу самоствердження.

Окремо слід виділити механізм комунікативних труднощів, які є важливою ланкою в підтриманні проблемної поведінки. У дітей з синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю спостерігаються труднощі соціального сприйняття: вони можуть перебивати, не чекати черги, порушувати правила групової взаємодії, домінувати або, навпаки, швидко втрачати інтерес до спільної діяльності. Це провокує неприйняття з боку однолітків, конфлікти, а згодом – соціальне відторгнення [11]. У соціально-когнітивній теорії А. Бандури підкреслюється, що соціальна поведінка формується через засвоєння моделей реагування, які або отримують позитивне підкріплення, або закріплюються як ефективні засоби досягнення мети. Якщо дитина переконується, що агресія, крик або протест дозволяють швидко отримати бажане чи уникнути вимог, такі форми поведінки закріплюються як адаптивні для неї (хоча й соціально неприйнятні).

Не менш значущим є механізм негативної соціальної оцінки та стигматизації, що часто виникає у взаємодії дітей з особливими освітніми потребами із дорослими. Постійні зауваження, покарання, порівняння з іншими дітьми, акцентування на помилках сприяють формуванню негативної Я-концепції, зниженню самооцінки та зростанню внутрішнього напруження. Дитина починає очікувати критики й невдач, демонструє захисну поведінку (втеча, протест, агресія), що підсилює замкнене коло поведінкових проблем. У межах гуманістичної психології К. Роджерс наголошував, що безумовне прийняття й підтримка створюють базу для особистісного розвитку, тоді як дефіцит прийняття спричиняє внутрішню конфліктність, тривожність та дезадаптацію. У дитини з особливими освітніми потребами, яка

систематично переживає негативні оцінки, поведінкові порушення можуть виконувати функцію збереження психологічної рівноваги через відмову від ситуацій, де вона відчувається «неуспішною» [3].

Водночас поведінкові розлади підтримуються також середовищними факторами: непослідовністю виховних впливів у сім'ї, відсутністю єдиних правил у класі, неузгодженістю вимог між батьками і педагогами, недостатнім рівнем психологічної культури дорослих. Для дітей з синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю критично важливими є чіткість, передбачуваність, рутинність, стабільність меж [20]. Якщо ж середовище змінюється хаотично, правила суперечливі або контроль здійснюється тільки через покарання, поведінкові реакції стають ще більш нестабільними. У цьому контексті поведінка дитини виступає не лише індивідуальним феноменом, а показником якості взаємодії «дитина – сім'я – школа».

Таким чином, формування та підтримання поведінкових розладів у дітей з особливими освітніми потребами має поліфакторну природу: ключову роль відіграють дефіцит довільної регуляції та виконавчих функцій, емоційна дисрегуляція, низька фрустраційна толерантність, комунікативні труднощі, а також негативні впливи соціального середовища та педагогічної взаємодії. Розуміння цих механізмів є необхідним для побудови ефективної корекційної роботи [33]. У межах даного дослідження особлива увага приділятиметься ігровій терапії як засобу психологічного впливу, що враховує вікові можливості молодших школярів, створює безпечне середовище для формування саморегуляції та соціальних навичок, а також дозволяє м'яко коригувати поведінкові прояви через включення дитини у структуровану діяльність із правилами, ролями та позитивним підкріпленням.

Сучасна практика психолого-педагогічного супроводу дітей з особливими освітніми потребами передбачає застосування комплексних підходів до психокорекції поведінкових розладів, які базуються на принципах доказовості, гуманістичної взаємодії, індивідуалізації та міждисциплінарної співпраці. Поведінкові порушення у дітей молодшого

шкільного віку, зокрема при синдромі дефіциту уваги з гіперактивністю, формуються на перетині нейропсихологічних, емоційних і соціальних чинників, тому ефективна корекція не може обмежуватися лише дисциплінарними заходами або окремими психологічними вправами. У сучасній психології такі порушення розглядаються як результат дефіциту саморегуляції, труднощів у контролі імпульсів, недостатнього розвитку соціально-емоційних навичок та впливу середовищних факторів, що зумовлює необхідність використання багатокomпонентних програм корекційної допомоги [7].

Одним із найбільш поширених і науково обґрунтованих напрямів є поведінкова терапія, що ґрунтується на принципах теорії наочіння та соціально-когнітивного підходу. У межах біхевіоральної моделі поведінка розглядається як така, що формується та закріплюється через систему підкріплень і наслідків. Важливим внеском у розвиток поведінкової корекції є праці Б. Скіннера, який обґрунтував роль позитивного й негативного підкріплення у формуванні поведінкових реакцій. Застосування поведінкового підходу в роботі з дітьми з особливими освітніми потребами передбачає створення чіткої системи правил, прогнозованих наслідків, послідовного підкріплення бажаної поведінки та зменшення підкріплення небажаних реакцій. Такі заходи є ефективними для дітей із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю, оскільки вони потребують зовнішньої структурованості, коротких інструкцій, стабільних меж і швидкого зворотного зв'язку [11].

У практиці психокорекції важливе місце посідають також інструменти когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), адаптовані до дитячого віку. КПТ базується на положенні про взаємозв'язок думок, емоцій і поведінки, а також на можливості зміни неадаптивних схем мислення і поведінкових стратегій через тренування самоспостереження й саморегуляції (А. Бек). Для дітей з поведінковими розладами КПТ-інструменти можуть включати розвиток навичок самоконтролю, формування внутрішнього діалогу («зупинись –

подумай – дій»), навчання розпізнаванню емоцій, використання технік «тайм-ауту», створення карток-нагадувань, поведінкових контрактів, а також поетапне тренування відповідальної поведінки [10]. Особливу ефективність у молодшому шкільному віці мають методи, що використовують наочність, короткі алгоритми, сюжетність і вправи у вигляді гри. У цьому контексті КПТ не протиставляється ігровим методам, а може інтегруватися в них, підсилюючи розвиток довільності та соціальної компетентності.

Поряд з індивідуальними психокорекційними інструментами, у сучасному освітньому просторі дедалі більшої популярності набуває підхід соціально-емоційного навчання (Social and Emotional Learning, SEL). SEL розглядається як система формування ключових життєвих компетентностей дитини, що забезпечують ефективну адаптацію, позитивну взаємодію з оточенням та психологічну стійкість. У межах цього підходу акцент робиться на розвитку самоусвідомлення, саморегуляції, соціальної обізнаності, навичок побудови стосунків та відповідального прийняття рішень, що відповідає сучасним рекомендаціям міжнародних моделей розвитку компетентностей (CASEL). Для дітей з особливими освітніми потребами SEL є особливо цінним, оскільки дозволяє не лише коригувати проблемну поведінку, а й формувати альтернативні позитивні стратегії взаємодії. Такі програми спрямовані на розвиток емпатії, конструктивного спілкування, толерантності до фрустрації, вміння вирішувати конфлікти та контролювати емоційні імпульси. Важливо, що SEL реалізується у шкільному середовищі, тобто має системний характер і охоплює не лише дитину, а й педагогів і класний колектив [10]. Саме тому SEL можна розглядати як профілактично-корекційний підхід, що сприяє створенню психологічно безпечного середовища й зменшенню стигматизації дітей з особливими освітніми потребами.

Особливе місце у сучасній психокорекції поведінкових розладів займають арт-терапевтичні та ігрові методи, що мають високу адаптивність до дитячого віку та значний психотерапевтичний потенціал. Арт-терапія

(М. Наумбург) орієнтується на використання творчих засобів як інструментів вираження переживань, які не завжди можуть бути вербалізовані дитиною. Через малювання, ліплення, аплікації, роботу з образами та символами дитина може безпечно проявити емоційні стани, знизити напруження, опрацювати агресивні імпульси, сформувавши позитивне уявлення про себе та отримати досвід успішності. Арт-терапевтичні методи особливо ефективні при поєднанні поведінкових проблем з тривожністю, страхами, заниженою самооцінкою, емоційними труднощами, оскільки вони забезпечують екологічну і м'яку корекцію через творчий процес [27].

Водночас провідним віковим механізмом корекції у молодшому шкільному віці виступає гра, яка має не лише розважальний характер, а й глибокий психологічний зміст. У працях Д. Ельконіна гра розглядається як провідна діяльність, що забезпечує розвиток довільності, соціальних ролей та моральних норм. Саме в грі дитина вчиться підпорядковувати поведінку правилам, контролювати імпульсивні реакції, узгоджувати дії з партнерами, приймати поразку, домовлятися і співпрацювати. Психотерапевтичний потенціал ігрових методів розкривали також К. Роджерс і В. Екслейн, наголошуючи на важливості безумовного прийняття та створення безпечного простору для самовираження, де дитина може проживати внутрішні конфлікти символічно, не руйнуючи себе й оточення [5]. Для дітей із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю гра є особливо ефективним середовищем, оскільки поєднує активність, емоційну включеність і необхідність дотримання правил, що створює умови для формування самоконтролю та розвитку навичок поведінкової регуляції.

Загалом можна зазначити, що сучасні підходи до психокорекції поведінкових розладів у дітей з особливими освітніми потребами ґрунтуються на поєднанні поведінкових технологій, когнітивно-поведінкових інструментів, системи соціально-емоційного навчання та творчо-ігрових методів [4]. Їхня ефективність найбільшою мірою проявляється за умови комплексності, тобто коли корекційна робота спрямована не лише на гасіння

симптомів, а й на розвиток саморегуляції, емоційної компетентності, комунікативних навичок та адаптаційних ресурсів дитини. У межах даного дослідження основний акцент буде зроблений на ігровій терапії як психологічному засобі корекції поведінкових розладів у дітей молодшого шкільного віку з синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю, оскільки вона відповідає віковим потребам дитини, забезпечує м'яке формування довільності та створює умови для позитивної соціалізації в безпечному емоційному просторі.

### **1.3. Ігрова терапія як засіб корекції поведінкових розладів у дітей з особливими освітніми потребами**

Ігрова терапія є одним із найбільш природних та ефективних психокорекційних методів у роботі з дітьми молодшого шкільного віку, особливо тими, які мають особливі освітні потреби та труднощі поведінкової регуляції. Її теоретико-методологічні основи ґрунтуються на уявленнях про гру як провідну діяльність дитини, як універсальний механізм психічного розвитку та як форму символічного відображення внутрішнього світу. Відповідно до положень культурно-історичної теорії Л. Виготського, гра виступає специфічним простором розвитку вищих психічних функцій, де дитина засвоює соціальні норми, опановує правила, вчиться регулювати поведінку та взаємодіяти з іншими. У грі дитина переходить від імпульсивної поведінки до довольної, що є критично важливим для формування самоконтролю та соціальної адаптації.

Гра як провідна діяльність, за Д. Ельконіним, виконує розвивальну функцію та визначає формування особистості у дитинстві. Саме в ігрових ситуаціях дитина може приймати соціальні ролі, діяти відповідно до правил, координувати власні дії з діями партнерів, а також відпрацьовувати моделі поведінки, які виходять за межі безпосереднього досвіду [6]. Особливу роль гра має у молодшому шкільному віці, коли від дитини очікується підвищений

рівень довільності поведінки, вміння працювати в колективі, дотримуватися інструкцій, витримувати фрустрацію та обмеження. У дітей із поведінковими труднощами (зокрема синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю) саме ці функції є найбільш уразливими, тому використання гри як механізму розвитку і корекції є методологічно виправданим.

Терапевтичний потенціал гри полягає у тому, що гра створює безпечний психологічний простір, у якому дитина може проявляти емоції, знижувати внутрішнє напруження, символічно «програвати» складні життєві ситуації та формувати конструктивні стратегії реагування. В межах психоаналітичної традиції М. Кляйн і А. Фрейд розглядали гру як еквівалент мовлення дорослого пацієнта: саме через ігрові образи дитина виражає несвідомі конфлікти, переживання страху, втрати, агресії, тривоги. У гуманістичній психології К. Роджерса та у концепції ігрової терапії В. Екслейна гра розуміється як шлях до розкриття внутрішніх ресурсів дитини, підтримки її Я-концепції та формування відчуття прийняття і безпеки. З огляду на це гра стає не просто методом розваги чи навчання, а цілеспрямованим психокорекційним засобом, що відповідає віковій природі дитячого розвитку [11].

З методологічної позиції гра виступає як спосіб самовираження дитини, її «мова», яка дозволяє передавати ті емоційні та смислові переживання, які ще недостатньо диференційовані та складні для вербалізації. Діти, особливо з особливими освітніми потребами, можуть мати обмежені мовленнєві та комунікативні можливості, низьку здатність до рефлексії, труднощі емоційного позначення, що ускладнює використання класичних вербальних методів. У цьому контексті гра забезпечує доступ до внутрішнього світу через дію, символічні образи, ролі, сюжетні побудови, що значно підвищує ефективність психологічної допомоги та корекції поведінкових порушень [20].

Сучасна ігрова терапія є багатокомпонентною системою методів, що відрізняються теоретичними підходами, рівнем структурованості, роллю

терапевта та характером взаємодії з дитиною. Залежно від концептуальної основи та способу організації процесу розрізняють недирективну (клієнт-центровану), директивну ігрову терапію, когнітивно-поведінкові ігрові техніки та рольові методи, зокрема психодраму [36].

Недирективна (клієнт-центрована) ігрова терапія ґрунтується на гуманістичній психології К. Роджерса та отримала практичне оформлення у працях В. Екслейн. Центральним принципом цього напрямку є безумовне прийняття дитини, створення атмосфери довіри та психологічної безпеки, де дитина сама визначає зміст гри, темп і тематику взаємодії. Психолог у такій моделі виступає як уважний супроводжувач процесу, відображає почуття та підтримує самовираження, не нав'язуючи сценарію. Це дозволяє дитині проживати внутрішні конфлікти, послаблювати тривожність та формувати позитивну Я-концепцію. Недирективний підхід особливо корисний при емоційній вразливості, підвищеній тривожності, негативному досвіді взаємодії з дорослими [22].

Директивна ігрова терапія передбачає активну позицію терапевта: психолог задає структуру заняття, пропонує конкретні ігрові вправи, ставить чіткі правила та корекційні цілі. Такий підхід ефективний при поведінкових порушеннях, імпульсивності, опозиційності, коли дитина потребує структурованого простору та зовнішньої організації. Директивна модель дозволяє цілеспрямовано формувати навички самоконтролю, соціальної взаємодії, витримки та дисципліни, поступово переводячи зовнішній контроль у внутрішній.

Окремий напрям становлять когнітивно-поведінкові ігрові техніки, що адаптують принципи КПТ до дитячого віку через сюжетність, символічність та прості правила. Такі методи мають високу доказову ефективність у формуванні саморегуляції, керування емоціями, зниженні агресивності та тривожності. Дитина у процесі гри вчиться розпізнавати сигнали напруження, застосовувати паузу, відпрацьовувати алгоритми поведінки, тренувати увагу та гальмування імпульсивних реакцій. Важливим

компонентом є позитивне підкріплення, формування самоінструкцій («зупинись – подумай – зроби»), соціальні історії та рольові сценарії.

Психодрама та рольова гра дозволяють дитині у безпечному просторі «проживати» складні ситуації, моделювати соціальні взаємини, пробувати альтернативні стратегії реагування. Рольові ігри сприяють розвитку емпатії, розуміння позиції іншого, формуванню навичок конструктивного вирішення конфліктів. Для дітей з поведінковими труднощами це особливо цінно, оскільки вони отримують можливість відпрацювати соціально прийнятні моделі поведінки без ризику реального соціального покарання.

Ефективність ігрової терапії значною мірою залежить від врахування специфіки розвитку дитини та її особливих потреб. Діти з особливими освітніми потребами є неоднорідною групою, тому застосування ігрових методів потребує адаптації структури занять, правил, тривалості та способів взаємодії.

У дітей з розладами аутистичного спектру ключовими труднощами є порушення соціальної комунікації, символічної гри, гнучкості поведінки. Тому ігрова терапія має бути структурованою, з чіткими правилами, повторюваними сценаріями та опорою на візуальні підказки [4]. Основний акцент робиться на розвитку спільної уваги, імітації, черговості, розуміння емоцій. Важливо поступово переводити гру від сенсорної та маніпулятивної до сюжетної.

У дітей із затримкою психічного розвитку часто спостерігаються інфантильність, швидка виснажуваність, недостатня сформованість довільної регуляції та пізнавальних процесів. У цьому випадку ігрова терапія повинна поєднувати розвивальний і корекційний компоненти: вправи на увагу, пам'ять, послідовність дій, формування правил поведінки в колективі. Позитивне підкріплення і емоційна підтримка є критично важливими [11].

У дітей із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю найбільші труднощі пов'язані з імпульсивністю, гіперактивністю, дефіцитом уваги, слабким гальмуванням. Саме тому ігрова терапія має спиратися на короткі,

динамічні, чітко структуровані вправи, де правила прості, а результат досяжний. Важливим є тренування самоконтролю через ігри з паузами, очікуванням, зміною ролей, керуванням тілесною активністю.

Для дітей із порушеннями мовлення гра має особливе значення як спосіб комунікації. Тут доцільно використовувати сюжетно-рольові ігри, настільні ігри з правилами, ляльковий театр, казкотерапію, що стимулює мовлення і формує соціальні навички без прямого тиску на дитину.

У дітей з інтелектуальними порушеннями легкого ступеня корекційна гра має бути максимально конкретною, з опорою на предметність, повторюваність, чіткість інструкцій. Сюжетність вводиться поступово, значну роль відіграють ігри на навички самообслуговування, спілкування, базових соціальних правил.

Корекційний потенціал ігрової терапії полягає у тому, що вона впливає не лише на окремі поведінкові симптоми, а й на механізми їх підтримання: дефіцит саморегуляції, емоційну нестабільність, соціальні труднощі, низьку фрустраційну толерантність [7]. Через гру дитина отримує можливість безпечно проявляти емоції та поступово змінювати дезадаптивні моделі поведінки.

Щодо агресивності та імпульсивності, гра дозволяє символічно «виводити» напруження, опрацювати гнів, формувати альтернативні способи реагування. Структуровані ігри з правилами навчають дитину контролювати імпульс, чекати, домовлятися, утримувати роль. Важливими є ігри на зупинку руху, переключення, самоконтроль («стоп-гра», «повільно-швидко», «гра з сигналами»).

При тривожності та страхах ігрова терапія виконує функцію емоційного контейнера: дитина може «програвати» страх у безпечному форматі, моделювати контроль над ситуацією, змінювати кінець сюжету, формувати досвід психологічної компетентності. Казкові та лялькові сюжети допомагають знизити внутрішнє напруження й опрацювати емоції.

Корекція опозиційної поведінки у грі полягає у тому, що дитина отримує досвід конструктивного підпорядкування правилам без примусу: правила стають частиною гри, а не зовнішнім тиском дорослого. Відтак формується внутрішня мотивація співпраці, прийняття меж, а також зменшується потреба протесту як способу самоствердження.

У контексті труднощів соціальної взаємодії гра є природним середовищем соціалізації: дитина вчиться бути партнером, ділитися, приймати іншу позицію, контролювати власні бажання задля спільної мети. Через рольові сценарії та групові ігри формуються навички емпатії, черговості, комунікації.

Нарешті, ігрова терапія ефективно впливає на порушення самоконтролю, оскільки саме у грі системно тренуються механізми довільності: утримання інструкції, дотримання правил, контроль поведінки в групі, витримка. Для дітей з синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю це є особливо важливим, адже гра дозволяє коригувати поведінку через дію й емоційне включення.

Ефективність ігрової психокорекції значною мірою визначається організаційними принципами, які забезпечують терапевтичність процесу та його спрямованість на корекційний результат. Першим ключовим принципом є структурованість і безпечне середовище, яке передбачає наявність зрозумілих правил, прогнозованого перебігу заняття, стабільного простору та емоційної підтримки. Для дітей з поведінковими труднощами, особливо з синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю, стабільність та чіткість умов знижують хаотичність поведінки й сприяють формуванню внутрішнього контролю.

Другим принципом виступає етапність корекційної роботи. Ігрова психокорекція має здійснюватися послідовно: від встановлення контакту і зниження емоційної напруги – до формування правил і тренування саморегуляції – і далі до закріплення навичок у соціальних ситуаціях. Така

етапність дозволяє поступово підвищувати складність завдань і уникати перевантаження дитини.

Третім принципом є поєднання індивідуального та групового формату. Індивідуальна робота забезпечує глибшу емоційну підтримку й можливість врахувати персональні труднощі, тоді як групові заняття створюють природне соціальне поле для формування правил взаємодії, комунікативних навичок та співпраці.

Окремим важливим принципом є визначення ролі учасників корекційного процесу: психолога, педагога та батьків. Психолог організовує терапевтичний простір, підбирає методи та забезпечує корекційну спрямованість гри. Педагог формує інклюзивне середовище та підтримує узгоджені правила у класі. Батьки виступають ключовими партнерами, оскільки саме сім'я забезпечує перенесення сформованих навичок у повсякденне життя. Без єдності вимог та узгодженості підходів між сім'єю і школою ефект психокорекції суттєво знижується.

Таким чином, ігрова психокорекція є комплексним процесом, що потребує науково обґрунтованої структури, етапності, середовищної підтримки та взаємодії всіх суб'єктів супроводу. У межах даного дослідження ці принципи будуть покладені в основу програми корекції поведінкових розладів у дітей молодшого шкільного віку з синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю засобами ігрової терапії.

### **Висновки до першого розділу**

У першому розділі здійснено теоретичний аналіз проблеми поведінкових розладів у дитячому віці та обґрунтовано необхідність їх комплексної психолого-педагогічної корекції в умовах інклюзивної освіти. Показано, що поведінкові порушення є не «неслухняністю» чи наслідком лише виховних помилок, а багатовимірним феноменом, зумовленим

взаємодією біологічних, психологічних і соціальних чинників, що відповідає біопсихосоціальній логіці розуміння розвитку поведінки дитини.

У межах підрозділу 1.1 визначено сутність і прояви поведінкових розладів як стійких або повторюваних форм дезадаптивної поведінки, що порушують соціальне функціонування й шкільну адаптацію. Розкрито їхню структуру як систему взаємопов'язаних компонентів: емоційного (підвищена реактивність, тривожність, афективні спалахи), вольового (дефіцит довільної регуляції, імпульсивність, труднощі гальмування), соціально-комунікативного (конфліктність, порушення правил взаємодії, проблеми кооперації) та когнітивного (слабкість уваги, планування, прогнозування наслідків, виконавчих функцій). Обґрунтовано поділ поведінкових проявів на екстерналізовані та інтерналізовані, що дозволяє точніше розуміти характер проблем і добирати корекційні засоби відповідно до домінуючих механізмів.

У підрозділі 1.2 показано, що у дітей з особливими освітніми потребами поведінкові порушення формуються та підтримуються поліфакторно: через нейропсихологічні особливості (дефіцит інгібаторного контролю, виконавчих функцій), емоційну дисрегуляцію, низьку толерантність до фрустрації, комунікативні труднощі, а також впливи сімейного і шкільного середовища (непослідовність вимог, дефіцит підтримки, стигматизація). Доведено, що негативна соціальна оцінка та повторювані навчальні невдачі здатні формувати «замкнене коло» дезадаптації: проблемна поведінка посилює відторгнення, а відторгнення – тривогу, напруження і частоту дезадаптивних реакцій. Це підкреслює провідну роль узгодженого супроводу дитини в системі «сім'я – школа – фахівці».

У підрозділі 1.3 узагальнено сучасні підходи до психокорекції поведінкових розладів у дітей з особливими освітніми потребами і обґрунтовано ігрову терапію як метод, що найбільшою мірою відповідає віковим можливостям молодших школярів та їхнім освітнім потребам. Показано, що ігрова терапія має значний корекційний потенціал завдяки

здатності створювати безпечний емоційний простір, забезпечувати символічне опрацювання переживань і водночас тренувати довільність, правила, соціальні ролі, комунікацію та самоконтроль. Розкрито варіативність ігрової терапії (недирективна, директивна, когнітивно-поведінкові ігрові техніки, рольові методи) та підкреслено необхідність її адаптації до різних категорій особливих освітніх потреб. Визначено ключові принципи ефективної ігрової психокорекції: структурованість і передбачуваність умов, етапність, поєднання індивідуального й групового формату, а також партнерство психолога, педагога й батьків для перенесення сформованих навичок у повсякденну поведінку.

Отже, розділ 1 сформував цілісне теоретичне підґрунтя для подальшого дослідження, довівши, що корекція поведінкових розладів у дітей з особливими освітніми потребами має бути системною, міждисциплінарною та спрямованою не лише на зменшення зовнішніх симптомів, а й на розвиток механізмів саморегуляції, емоційної компетентності та соціальної взаємодії. Ігрова терапія в цьому контексті визначається як науково й методично обґрунтований засіб корекції поведінкових труднощів у молодшому шкільному віці, що створює оптимальні умови для формування конструктивних моделей поведінки, підвищення адаптації та позитивної соціалізації дитини в інклюзивному освітньому середовищі.

## РОЗДІЛ 2.

# ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ІГРОВОЇ ТЕРАПІЇ У КОРЕКЦІЇ ПОВЕДІНКОВИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ

### 2.1. Організація та етапи емпіричного дослідження

Емпіричне дослідження було спрямоване на виявлення психологічних особливостей та оцінку ефективності корекції поведінкових розладів у дітей молодшого шкільного віку з синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю засобами ігрової терапії. З огляду на практичну значущість проблеми та необхідність отримання достовірних даних, дослідження було організоване як комплексне психолого-педагогічне вивчення, що включало первинну діагностику поведінкових проявів, реалізацію корекційної програми та повторне оцінювання змін після проведеного впливу.

Дослідження проводилося з дотриманням принципів етичності та добровільності участі. Участь дітей здійснювалася за умови інформованої згоди батьків/законних представників. У процесі роботи забезпечувалися конфіденційність результатів, психологічна безпека учасників, недопущення психотравмувальних ситуацій, а також врахування вікових та індивідуальних особливостей дітей.

Вибірку дослідження склали 22 дитини молодшого шкільного віку (орієнтовно 6–10 років) із проявами синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю. Відбір учасників здійснювався з урахуванням критеріїв включення: належність до молодшого шкільного віку; наявність діагностованих або стабільно виявлених ознак синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю (за висновком фахівців/результатами психолого-педагогічного спостереження); наявність поведінкових труднощів (імпульсивність, порушення правил, підвищена рухова активність, недостатній самоконтроль, труднощі взаємодії). До критеріїв виключення належали стани, які унеможливають участь у групових чи індивідуальних

корекційних заняттях (виражені порушення інтелектуального розвитку, гострі психоемоційні стани, поведінкові прояви, що потребують спеціалізованого медичного супроводу як провідного).

Для забезпечення логічної послідовності та можливості оцінки ефективності корекційного впливу дослідження було організоване у три взаємопов'язані етапи: констатувальний, формувальний і контрольний.

На констатувальному етапі здійснювалося первинне психодіагностичне обстеження дітей, метою якого було визначення вихідного рівня вираженості поведінкових розладів, особливостей емоційної регуляції, самоконтролю та соціальної взаємодії. На цьому етапі застосовувалися методи спостереження за поведінкою дітей у навчальній діяльності та під час комунікації з однолітками, бесіди з батьками й педагогами, а також психодіагностичні методики, спрямовані на оцінювання поведінкових труднощів і рівня адаптації. Констатувальний етап дозволив сформулювати цілісне уявлення про структуру порушень та визначити найбільш проблемні поведінкові зони, що потребують корекції: імпульсивність, недостатній контроль емоційних реакцій, низька довільність, опозиційність у відповідь на вимоги дорослого, труднощі у прийнятті правил та взаємодії у групі.

На формувальному етапі було реалізовано програму психокорекції поведінкових розладів засобами ігрової терапії. Програма передбачала системну організацію корекційних занять, спрямованих на розвиток саморегуляції, формування навичок дотримання правил, зниження імпульсивності, розвиток витримки, тренування соціально прийнятних моделей поведінки та покращення взаємодії з однолітками. У процесі занять використовувалися структуровані ігри з правилами, рольові ігри, вправи на гальмування імпульсу («стоп-дія»), ігри на переключення та концентрацію уваги, техніки емоційного розвантаження, а також ігрові вправи на співпрацю, черговість, прийняття програшу. Корекційна робота була побудована таким чином, щоб створити для дітей безпечне середовище, у

якому вони могли не лише отримувати емоційну підтримку, а й системно тренувати поведінкові навички в реальних міні-соціальних ситуаціях.

Особливістю формувального етапу було те, що ігрова терапія розглядалася не як набір розважальних елементів, а як цілеспрямований психологічний засіб формування довільності поведінки та корекції дезадаптивних реакцій. Важливе значення мало позитивне підкріплення досягнень, стабільність правил, передбачувана структура кожного заняття, короткі інструкції та відпрацювання навичок у повторюваних ситуаціях. Ураховуючи специфіку дітей із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю, корекційні сесії організовувалися з обов'язковим чергуванням активних і спокійних вправ, включенням рухових компонентів, а також елементів психогігієни й релаксації.

На контрольному етапі проводилося повторне психодіагностичне обстеження з метою оцінки динаміки поведінкових проявів та визначення ефективності реалізованої програми ігрової терапії. Результати повторного вимірювання порівнювалися з даними констатувального етапу, що дало змогу виявити позитивні зміни (або їх відсутність) у рівні імпульсивності, конфліктності, здатності дотримуватися правил, контролі емоційних реакцій, а також у загальній соціальній адаптації. Окрім кількісного аналізу результатів методик, здійснювалася також якісна оцінка поведінкових змін на основі спостереження та експертних оцінок педагогів і батьків.

Таким чином, організація емпіричного дослідження забезпечила комплексний підхід до вивчення проблеми поведінкових розладів у дітей молодшого шкільного віку з синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю та створила умови для науково обґрунтованої перевірки ефективності ігрової терапії як засобу психокорекції. Поетапність реалізації дослідження дозволила не лише зафіксувати вихідні прояви поведінкових труднощів, а й простежити динаміку змін після корекційного впливу, що є важливим для формування практичних рекомендацій у сфері психологічного супроводу дітей з особливими освітніми потребами.

Для досягнення мети емпіричного дослідження та об'єктивного оцінювання ефективності психокорекційного впливу засобами ігрової терапії було використано комплекс психодіагностичних методів і процедур, що забезпечують багатовимірне вивчення поведінкових порушень у дітей молодшого шкільного віку з синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю. Обраний інструментарій дозволив оцінити як зовнішні прояви поведінкових розладів (імпульсивність, гіперактивність, порушення правил, конфліктність), так і внутрішні психологічні характеристики (емоційна регуляція, тривожність, соціальна адаптація, рівень самоконтролю). Важливим методологічним принципом було використання різних джерел інформації – даних від дитини, педагогів, батьків – що підвищує достовірність результатів та дозволяє уникнути однобічності оцінювання.

У процесі дослідження застосовувалися такі групи методів: психодіагностичні опитувальники, методи спостереження, бесіди/анкетування дорослих, а також аналіз поведінкових проявів у навчальних та ігрових ситуаціях. Комплексність підходу відповідає сучасним вимогам доказової психологічної практики та дозволила сформулювати обґрунтовані висновки щодо особливостей поведінкової сфери дітей із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю.

Провідним інструментом оцінювання поведінкових труднощів була обрана Шкала сильних сторін і труднощів, яка широко використовується у психологічній діагностиці дітей шкільного віку та дозволяє отримати кількісні показники за кількома ключовими сферами: емоційні симптоми, проблеми поведінки, гіперактивність/неуважність, труднощі взаємин з однолітками та просоціальна поведінка. Використання SDQ є доцільним у даному дослідженні з огляду на можливість оцінювання як екстерналізованих поведінкових проявів, так і внутрішніх емоційних труднощів, що часто супроводжують дітей з синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю. Опитувальник застосовувався у версіях для батьків і педагогів, що дало можливість співставити результати у різних соціальних

контекстах (сім'я – школа) і сформувані більш точне уявлення про поведінкові особливості дитини.

Для поглибленої оцінки симптомів синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю визначення інтенсивності їх прояву було використано рейтингові шкали Коннерса, адаптовані для роботи з дітьми шкільного віку. Ці шкали дозволяють діагностувати основні поведінкові симптоми: дефіцит уваги, гіперактивність, імпульсивність, проблеми у навчальній діяльності та взаємодії. Перевагою даного інструменту є те, що він орієнтований саме на синдром дефіциту уваги з гіперактивністю і забезпечує диференційовану оцінку поведінкових проявів. Результати шкал Коннерса використовувалися як для первинного визначення проблемних зон, так і для оцінювання динаміки після реалізації корекційної програми.

Додатково в дослідженні застосовувався метод структурованого психолого-педагогічного спостереження, оскільки для дітей з поведінковими розладами особливо важливо фіксувати поведінку у природних умовах. Спостереження проводилося у класі під час навчальної діяльності та у групових ситуаціях, а також під час корекційних занять ігрової терапії. Для підвищення об'єктивності спостереження використовувалися заздалегідь визначені критерії: частота імпульсивних реакцій, здатність утримувати інструкцію, дотримання правил, рівень рухової активності, прояви агресивності або опозиційності, участь у спільній діяльності, здатність чекати черги, реакція на програв чи заборону. Дані спостереження дозволили доповнити результати опитувальників та провести якісний аналіз змін у поведінці дітей.

З метою з'ясування соціального контексту поведінкових порушень та отримання інформації про специфіку проявів синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю в сімейних і шкільних умовах використовувалися бесіди з батьками та педагогами. В межах бесід уточнювалися: труднощі поведінки дитини в різних ситуаціях; реакції дорослих на проблемну поведінку; наявність стабільних правил і меж; способи стимулювання та покарання;

особливості взаємодії з однолітками; скарги педагогів на дисципліну, концентрацію уваги та конфліктність. Окремо фіксувалися найбільш типові проблемні ситуації: виконання домашніх завдань, дотримання режиму, поведінка у громадських місцях, взаємодія з учителем.

Для оцінки рівня емоційного стану та емоційної регуляції у дітей молодшого шкільного віку доречно використовувалися вікововідповідні методи: аналіз поведінкових реакцій у ситуаціях фрустрації та ігрові діагностичні вправи. Враховуючи, що для молодших школярів вербальна рефлексія обмежена, значний діагностичний потенціал має саме дослідження емоційних реакцій у сюжетно-рольових іграх, ситуаціях правила/обмеження, під час командної взаємодії. Це дозволяє зафіксувати рівень емоційної стабільності, здатність «стримувати» реакції, швидкість відновлення після неуспіху, а також сформованість навичок конструктивного реагування.

Отримані діагностичні дані аналізувалися як у кількісному, так і у якісному аспектах. Кількісний аналіз передбачав обробку балів за опитувальниками, порівняння результатів констатувального і контрольного етапів, а також визначення позитивної/негативної динаміки за окремими шкалами (зокрема «гіперактивність/неуважність», «проблеми поведінки», «взаємини з однолітками», «просоціальна поведінка»). Якісний аналіз включав інтерпретацію даних спостереження, експертних оцінок педагогів і батьків, опис змін у поведінкових стратегіях, соціальній взаємодії, витримці та рівні самоконтролю.

Таким чином, використаний методичний комплекс дозволив комплексно оцінити поведінкові розлади у дітей молодшого шкільного віку з синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю та забезпечив умови для науково обґрунтованої перевірки ефективності програми ігрової терапії. Поєднання стандартизованих діагностичних методик із якісними методами дослідження підвищило валідність результатів та забезпечило цілісне розуміння психологічних змін, що відбуваються під впливом корекційної роботи.

## 2.2. Констатувальний етап емпіричного дослідження

Констатувальний етап емпіричного дослідження був спрямований на визначення вихідного рівня вираженості поведінкових порушень у дітей молодшого шкільного віку з синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю та виявлення специфіки їх проявів у навчальній діяльності й соціальній взаємодії. Отримані на цьому етапі результати дозволили окреслити актуальні проблемні зони (імпульсивність, труднощі самоконтролю, порушення правил, нестійкість уваги, конфліктність), а також стали підґрунтям для розробки і реалізації корекційної програми засобами ігрової терапії.

Дослідження проведено серед 22 дітей молодшого шкільного віку з проявами синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю. Для забезпечення достовірності та комплексності аналізу було застосовано взаємодоповнювальні психодіагностичні методики, які дозволили оцінити поведінкові труднощі з різних позицій: через стандартизовані опитувальники (оцінка дорослими) та через безпосереднє фіксування поведінки у навчальному й груповому середовищі.

Для первинної оцінки загального рівня поведінкових труднощів було застосовано Шкалу сильних сторін і труднощів SDQ, яка дозволяє комплексно охарактеризувати поведінкову сферу дитини за низкою ключових параметрів. У межах даного дослідження особлива увага була зосереджена на загальному показнику труднощів та підшкалі «Гіперактивність/неуважність», оскільки вони найбільш релевантні для дітей із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю.

Таблиця 2.1

**Рівневий розподіл результатів за методикою SDQ**

Показники SDQ	Низький рівень проблемності (%)	Середній рівень (%)	Високий рівень (%)
Загальний рівень труднощів	9,1	40,9	50,0
Підшкала «Гіперактивність/неуважність»	4,5	31,8	63,7

Результати, отримані за методикою SDQ на констатувальному етапі дослідження, свідчать про переважання у вибірці дітей молодшого шкільного віку з синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю середнього та високого рівнів поведінкових труднощів, що підтверджує наявність виражених проблем адаптації у навчальній та соціальній сферах. Аналіз рівневого розподілу за загальним показником труднощів засвідчує, що лише 9,1 % досліджуваних мають низький рівень проблемності, тобто демонструють відносно стабільну поведінку та меншу інтенсивність порушень. У даної групи дітей поведінкові прояви можуть носити епізодичний характер, частіше піддаються зовнішньому контролю дорослого та не призводять до стійкої дезадаптації в освітньому середовищі. Проте відсоток таких дітей є мінімальним, що дозволяє говорити про загальну «проблемну» спрямованість вибірки за поведінковими параметрами.

Найбільшою за чисельністю є група дітей із високим рівнем загальних труднощів, яка становить 50,0 %. Це означає, що половина учасників дослідження демонструє стійкі та систематичні прояви поведінкових порушень, які суттєво ускладнюють процес навчання, порушують дисципліну, впливають на взаємини з однолітками та педагогами, а також формують ризик закріплення дезадаптивних моделей поведінки. Високий рівень труднощів найчастіше поєднується з імпульсивністю, порушенням

правил, низьким самоконтролем, швидкою виснажуваністю та слабкою здатністю до довільної регуляції поведінки. З психологічної точки зору, такі показники можуть свідчити про недостатню сформованість виконавчих функцій, дефіцит поведінкового гальмування та підвищену емоційну реактивність, що характерно для дітей із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю.

Водночас 40,9 % дітей перебувають у зоні середнього рівня загальних труднощів, що вказує на наявність помірних, але відчутних поведінкових проблем. У цієї групи прояви порушень можуть мати більш ситуативний характер: вони посилюються за умов перевтоми, тривалого виконання одноманітних завдань, сенсорного перевантаження, в умовах низької мотивації або міжособистісного конфлікту. При цьому в більш структурованих ситуаціях та за умови чітких правил поведінки дитина здатна частково контролювати свої реакції. Такий рівень труднощів також потребує корекційної підтримки, оскільки без цілеспрямованого втручання поведінкові прояви можуть прогресувати та призводити до хронічних труднощів адаптації.

Окремої уваги заслуговують результати за підшкалою «Гіперактивність/неуважність», яка є найбільш значущою для аналізу симптоматики синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю. Отримані показники демонструють ще більш виражену проблемність: 63,7 % дітей мають високий рівень за цією підшкалою, що свідчить про домінування симптомів гіперактивності, рухової неспокійності, імпульсивності та дефіциту уваги у більшості досліджуваних. Такий рівень означає, що діти часто не можуть тривалий час утримувати увагу на завданні, швидко переключаються на сторонні стимули, проявляють надмірну активність, потребують постійного зовнішнього регулювання та контролю з боку дорослого. Поведінкові реакції нерідко мають імпульсивний характер, що призводить до порушення навчальної дисципліни, труднощів у завершенні завдань і високого рівня конфліктності у групових формах роботи.

Середній рівень за цією підшкалою виявлено у 31,8 % дітей, що може свідчити про менш інтенсивні прояви симптоматики або про часткову компенсацію поведінки у сприятливому середовищі. У таких випадках поведінкові прояви можуть бути вибірковими: дитина демонструє кращу увагу в ігрових або мотиваційно привабливих ситуаціях, однак у стандартній навчальній діяльності швидко виснажується, втрачає інтерес і переходить до хаотичної активності. Лише 4,5 % дітей продемонстрували низький рівень гіперактивності/неуважності, що є вкрай низьким показником для вибірки, сформованої з дітей із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністюГ, і підтверджує домінування зазначеної симптоматики як провідної.

Загалом результати SDQ на констатувальному етапі дозволяють зробити висновок про те, що у більшості дітей вибірки наявний високий ступінь вираженості поведінкових труднощів, насамперед пов'язаних з гіперактивністю та дефіцитом уваги. Переважання високих значень за підшкалою «Гіперактивність/неуважність» у поєднанні з високим рівнем загальних труднощів вказує на системний характер проблем поведінкової регуляції та підтверджує необхідність реалізації психокорекційної програми. Отримані дані обґрунтовують доцільність застосування ігрової терапії як вікововідповідного методу, здатного забезпечити розвиток довільної регуляції, зниження імпульсивності та формування соціально прийнятних моделей поведінки.

Для уточнення інтенсивності проявів синдрому дефіциту уваги з гіперактивністюГ та поведінкових труднощів, характерних саме для даного синдрому, було застосовано рейтингову шкалу Коннерса, яка дозволяє оцінити рівень гіперактивності, імпульсивності, дефіциту уваги, а також пов'язані труднощі поведінки в навчальній діяльності. Дана методика є доцільною в межах дослідження, оскільки забезпечує більш специфічне та диференційоване вимірювання симптомів синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю порівняно з загальними опитувальниками.

Таблиця 2.2

**Рівневий розподіл результатів за шкалою Коннерса**

Показник	Низький рівень (%)	Середній рівень (%)	Високий рівень (%)
Інтенсивність симптомів СДУГ (за Коннерсом)	4,5	27,3	68,2

Результати, отримані за шкалою Коннерса на констатувальному етапі дослідження, відображають високий рівень вираженості основних симптомів синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю у дітей молодшого шкільного віку. Дана методика є специфічною щодо оцінювання поведінкових проявів, типових для синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю, і дозволяє більш точно визначити інтенсивність симптоматики, яка впливає на навчальну діяльність, поведінкову регуляцію та соціальну адаптацію дитини в освітньому середовищі.

Згідно з рівневим розподілом результатів (табл. 2.2), переважна більшість досліджуваних дітей (68,2%) має високий рівень інтенсивності симптомів синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю. Це свідчить про те, що для значної частини вибірки характерні стійкі прояви гіперактивності, імпульсивності та дефіциту довільної уваги, які мають систематичний характер і не обмежуються окремими ситуативними епізодами. У поведінці таких дітей часто спостерігається виражена рухова активність, труднощі зосередження на завданні, підвищена відволіканість на сторонні стимули, складність у виконанні інструкцій та доведенні розпочатої діяльності до завершення. Високий рівень за шкалою Коннерса також може вказувати на проблеми з поведінковим гальмуванням: дитині складно чекати, стримувати імпульсивні реакції, дотримуватися правил і витримувати обмеження, що нерідко призводить до конфліктів у класі та порушення дисципліни.

27,3% дітей демонструють середній рівень інтенсивності симптомів синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю. Такий показник може свідчити

про помірну вираженість гіперактивності та неуважності, коли поведінкові труднощі проявляються менш різко або є залежними від умов середовища. У сприятливих ситуаціях (чіткі правила, короткі завдання, висока мотивація, підтримка дорослого) дитина здатна частково контролювати поведінку й утримувати увагу, однак у ситуаціях перевтоми, монотонної діяльності або психоемоційного напруження симптоматика значно посилюється. Діти із середнім рівнем проявів синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю також потребують корекційної підтримки, оскільки за відсутності системного супроводу існує ризик формування стійких дезадаптивних стратегій поведінки та негативного навчального досвіду.

Водночас низький рівень симптоматики за шкалою Коннерса було зафіксовано лише у 4,5% дітей, що становить мінімальну частку вибірки. Такий результат є очікуваним, враховуючи критерії добору учасників дослідження (наявність проявів синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю і поведінкових труднощів), і може пояснюватися індивідуальними компенсаторними можливостями дитини, більш сприятливими умовами виховання, високим рівнем зовнішнього контролю або сформованими елементами довільної регуляції. Однак навіть у цьому випадку низький рівень не виключає потреби у профілактичній підтримці та розвитку навичок саморегуляції.

Отже, результати шкали Коннерса на констатувальному етапі демонструють чітко виражену тенденцію до високої інтенсивності симптомів синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю у більшості досліджуваних дітей, що є суттєвим фактором ризику навчальної та соціальної дезадаптації. Високі показники свідчать про необхідність цілеспрямованого психокорекційного впливу, спрямованого на розвиток довільної регуляції поведінки, покращення концентрації уваги, зниження імпульсивності та формування ефективних стратегій соціальної взаємодії. У цьому контексті застосування ігрової терапії є методично обґрунтованим, оскільки гра дозволяє коригувати поведінкові прояви в умовах емоційної безпеки, мотиваційної залученості та

поступового засвоєння правил самоконтролю, що особливо важливо для дітей молодшого шкільного віку з синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю.

З метою отримання об'єктивної інформації про поведінкові прояви дітей у природних умовах навчання та групової взаємодії було проведено структуроване психолого-педагогічне спостереження. На відміну від опитувальників, даний метод дозволяє безпосередньо фіксувати частоту й характер поведінкових реакцій у ситуаціях вимог, правил та взаємодії з однолітками. У межах спостереження оцінювалися два ключові блоки: самоконтроль/дотримання правил та соціальна взаємодія (конфліктність, черговість, співпраця).

Таблиця 2.3

### Рівневий розподіл результатів спостереження

Показники спостереження	Низький рівень проблемності (%)	Середній рівень (%)	Високий рівень проблемності (%)
Самоконтроль і дотримання правил	9,1	36,4	54,5
Соціальна взаємодія (конфліктність/черговість)	13,6	40,9	45,5

Результати структурованого психолого-педагогічного спостереження, проведеного на констатувальному етапі дослідження, дозволили отримати об'єктивну інформацію про поведінкові прояви дітей молодшого шкільного віку з синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю у природних умовах навчальної діяльності та групової взаємодії. На відміну від опитувальникових методик, спостереження фіксує реальні форми поведінки дитини в ситуаціях навчального навантаження, соціальних правил та міжособистісних контактів, що є особливо важливим при вивченні поведінкових розладів. У межах

спостереження оцінювалися два ключові показники: самоконтроль і дотримання правил та соціальна взаємодія (конфліктність/черговість).

Згідно з даними табл. 2.3, за показником «самоконтроль і дотримання правил» переважна частина дітей має високий рівень проблемності, що становить 54,5%. Це вказує на наявність систематичних труднощів поведінкової регуляції: діти часто порушують інструкції дорослого, демонструють нестійкість довільної уваги, імпульсивні реакції, не здатні утримувати правила діяльності протягом необхідного часу. Високий рівень проблемності за цим показником зазвичай проявляється у таких поведінкових патернах, як: неспроможність чекати завершення інструкції, швидке переключення на сторонні стимули, спонтанні вигуки, вставання з місця, втручання у діяльність інших дітей, труднощі завершення завдань. Подібні прояви істотно ускладнюють включення у навчальний процес, потребують підвищеної уваги з боку педагога та створюють ризики формування негативного досвіду навчання і соціальної взаємодії.

36,4% дітей продемонстрували середній рівень проблемності щодо самоконтролю та дотримання правил. Такий показник може свідчити про те, що у цих дітей поведінкова нестабільність проявляється переважно ситуативно: дитина здатна короткочасно дотримуватися правил, особливо за умови високої мотивації або чіткої структури діяльності, проте під час зростання навантаження, емоційного збудження чи тривалої монотонної роботи прояви імпульсивності посилюються. Даний рівень також є значущим у контексті корекційної роботи, оскільки свідчить про часткову сформованість механізмів саморегуляції, які можуть бути підсилені через цілеспрямоване тренування.

Низький рівень проблемності за показником самоконтролю зафіксовано у 9,1% дітей. Для цієї групи характерна відносно краща здатність підпорядковувати поведінку правилам, стримувати імпульсивні реакції та виконувати інструкції дорослого. Водночас навіть при низькому рівні проблемності можуть зберігатися окремі поведінкові труднощі, притаманні

синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю, які потребують підтримки та профілактики.

Дослідження показника «соціальна взаємодія (конфліктність/черговість)» також виявило значну проблемність у вибірці. Так, 45,5% дітей мають високий рівень порушень у сфері соціальної взаємодії. Це означає, що майже половина досліджуваних демонструє труднощі у дотриманні соціальних норм, правил групової взаємодії, черговості, а також має тенденцію до конфліктної поведінки. У практичній поведінці це може проявлятися у перебиванні, втручанні у діяльність інших, небажанні приймати роль «учасника», прагненні домінувати, імпульсивних конфліктах, образливих висловлюваннях, а інколи – у агресивних реакціях на заборону чи програв. Високий рівень проблемності в соціальній взаємодії виступає вагомим чинником ризику соціальної ізоляції, неприйняття з боку однолітків, виникнення педагогічних труднощів та емоційного неблагополуччя дитини.

У 40,9% дітей визначено середній рівень проблемності у соціальній взаємодії. Це свідчить про часткову сформованість соціальних навичок, проте нестійкість поведінки у групових умовах. Як правило, такі діти можуть демонструвати конструктивну взаємодію на короткому проміжку часу, однак при зростанні стимуляції або конкуренції виникають конфлікти, нетерпіння, порушення меж інших учасників. Середній рівень проблемності є показником потенційно високої ефективності корекційної роботи, оскільки вказує на наявність ресурсу для розвитку соціальної компетентності та поведінкової гнучкості.

Лише 13,6% дітей мають низький рівень труднощів у соціальній взаємодії, що відображає достатню здатність дотримуватися правил спілкування, чекати черги, узгоджувати свої дії з іншими. Цей показник є відносно невисоким, що підтверджує характерну для дітей із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю тенденцію до соціально-комунікативних

порушень, які посилюються в умовах групової діяльності та високого емоційного збудження.

Отже, результати спостереження (табл. 2.3) дозволяють зробити висновок, що у більшості дітей молодшого шкільного віку з синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю наявні значні труднощі самоконтролю, дотримання правил та соціальної взаємодії, що є ключовими компонентами поведінкових розладів у шкільному середовищі. Отримані дані підкреслюють необхідність цілеспрямованої психокорекційної роботи, орієнтованої на розвиток довільної регуляції, формування навичок “стоп-реакції”, тренування черговості та конструктивних моделей спілкування. У цьому контексті ігрова терапія виступає ефективним засобом корекції, оскільки дозволяє відпрацьовувати правила поведінки та соціальні навички у мотиваційно привабливому, емоційно безпечному форматі.

### **2.3. Програма психокорекції поведінкових розладів засобами ігрової терапії**

Програма психокорекції поведінкових розладів у дітей молодшого шкільного віку з синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю розроблена з урахуванням вікових особливостей розвитку, провідної ролі ігрової діяльності, а також специфіки проявів поведінкової дисрегуляції в умовах інклюзивного освітнього середовища. Програма спрямована на розвиток довільної регуляції, формування навичок самоконтролю, зниження імпульсивності, зменшення конфліктності та покращення соціальної взаємодії дитини у групі.

Вибір ігрової терапії як провідного корекційного засобу обґрунтований тим, що гра виступає природною формою активності дитини, забезпечує емоційно безпечний формат опрацювання поведінкових реакцій, сприяє засвоєнню правил, розвитку «стоп-реакції», тренуванню уваги та прийняття соціальних ролей. У межах програми поєднуються директивні ігрові вправи

(структуровані ігри з правилами), когнітивно-поведінкові ігрові техніки, рольові та сюжетні ігри, а також елементи емоційної саморегуляції.

Мета програми – корекція поведінкових розладів у дітей молодшого шкільного віку з синдромом дефіциту уваги шляхом використання ігрової терапії як засобу розвитку саморегуляції, довільної поведінки та соціально прийнятних способів взаємодії.

Основними завданнями програми є:

1. Знизити прояви імпульсивності, рухової гіперактивності та поведінкової нестабільності.
2. Сформувати навички довільного контролю поведінки: «зупинка імпульсу», дотримання правил, витримка.
3. Розвинути стійкість та переключення уваги, вміння діяти за інструкцією.
4. Зменшити рівень конфліктності та агресивних реакцій, підвищити толерантність до фрустрації.
5. Розвивати соціальні навички: співпраця, черговість, прийняття ролей, конструктивне спілкування.
6. Сформувати базові навички емоційної грамотності: розпізнавання емоцій, способи самозаспокоєння.
7. Забезпечити перенесення сформованих навичок у навчальну та домашню взаємодію через співпрацю з педагогами й батьками.

Програма ґрунтується на таких принципах: принцип психологічної безпеки (емоційно підтримувальне середовище без осуду); принцип структурованості (стабільний формат заняття, чіткі правила); принцип поетапності (поступове ускладнення завдань); принцип доступності й вікової відповідності (ігрові форми, зрозумілі інструкції); принцип позитивного підкріплення (заохочення бажаної поведінки); принцип системності (регулярність занять, повторюваність технік); принцип інтеграції (узгодження впливів психолога, педагога та сім'ї).

Програму доцільно реалізовувати у форматі малих груп (4–6 дітей), оскільки групова форма забезпечує тренування соціальної взаємодії, черговості та правил. За потреби можливе поєднання з індивідуальними сесіями. Для дітей із синдромом дефіциту уваги оптимальна тривалість заняття – 35–45 хвилин, частота – 1–2 рази на тиждень. Загальна тривалість програми – 10–12 занять.

Кожне заняття має сталі структурні елементи: привітання, налаштування; актуалізація правил групи; основний блок (2–3 вправи); рефлексія («що було легко/важко», «що вийшло»); підкріплення успіху (жетони/похвала/вибір гри).

Програма складається з трьох взаємопов'язаних етапів:

1) Адаптаційно-мотиваційний етап (1–2 заняття). Мета: встановлення контакту, зниження напруги, формування правил, мотивації до участі.

2) Корекційно-розвивальний етап (3–10 заняття). Мета: розвиток саморегуляції, гальмування імпульсу, уваги, формування соціальних навичок.

3) Закріплювально-узагальнювальний етап (11–12 заняття). Мета: узагальнення навичок, перенесення у реальні ситуації, формування самостійного використання технік.

Таблиця 2.8

### Програма психокорекції поведінкових розладів засобами ігрової терапії

№ заняття	Тема	Мета	Основні ігрові вправи	Час
1	Знайомство. «Група безпеки»	Формування довіри та правил	«Ім'я-рух», «Правила команди», «Коло підтримки»	40 хв
2	Увага і слухання	Розвиток слухової уваги	«Повтори ритм», «Уважний капітан», «Сигнал-стоп»	40 хв

3	Стоп-імпульс	Формування гальмування	«Червоне-зелене», «Замри», «Статуї»	40 хв
4	Контроль рухів	Зниження гіперактивності	«Рухайся/завмри», «Черепашка-зайчик», «Повільні перегони»	40 хв
5	Емоції: впізнаю й називаю	Емоційна грамотність	«Емоційні картки», «Вгадай емоцію», «Термометр емоцій»	40 хв
6	Я злюсь: як діяти інакше	Альтернативи агресії	«Подушка гніву», «Безпечний вихід», «Стоп-слово»	45 хв
7	Правила і черговість	Соц. навички, терпіння	Настільні ігри з чергою, «Хід по сигналу», «Чекаю свою чергу»	45 хв
8	Я і команда	Співпраця	«Збудуй міст», «Командні пазли», «Спільна місія»	45 хв
9	Рольова гра: школа	Перенесення у навчання	«Урок-гру», «Вчитель-учень», «Виконай інструкцію»	45 хв
10	Конфлікт: домовляємось	Конструктивна взаємодія	«Мирні слова», «Я-повідомлення», «Компроміс»	45 хв
11	Я можу сам	Самостійність і самоконтроль	«Мій план», «Мій сигнал», «Щоденник успіху»	40 хв
12	Підсумок. Закріплення	Узагальнення навичок	«Скарбничка навичок», «Медаль за старання», «Коло досягнень»	40 хв

Очікується, що після проходження програми діти продемонструють: зниження імпульсивності й гіперактивності; підвищення здатності діяти за правилами; покращення самоконтролю та витримки; зростання соціальної компетентності (черговість, співпраця); зменшення конфліктних ситуацій; формування навичок емоційного заспокоєння та регуляції.

Для забезпечення стійкого ефекту ігрової терапії важливо організувати підтримку сформованих навичок у повсякденному середовищі. Педагогам рекомендовано використовувати короткі інструкції, візуалізацію правил, позитивне підкріплення, «паузи руху». Батькам – регулярні короткі ігри з правилами вдома, застосування «стоп-сигналу», підтримка успіхів дитини, єдині вимоги та прогнозовані реакції дорослого.

#### **2.4. Контрольний етап емпіричного дослідження та оцінка ефективності програми**

Контрольний етап емпіричного дослідження був спрямований на оцінювання змін у поведінкових проявах дітей молодшого шкільного віку з синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю після реалізації формувального впливу – програми психокорекції поведінкових розладів засобами ігрової терапії. Даний етап передбачав повторне психодіагностичне обстеження з використанням аналогічного методичного інструментарію, що забезпечило можливість порівняння результатів констатувального та контрольного зрізів.

Метою контрольного етапу було встановлення динаміки сформованості самоконтролю, зниження проявів імпульсивності, гіперактивності та поведінкових труднощів, а також покращення соціальної взаємодії у навчальному середовищі. У межах дослідження повторно застосовувалися: SDQ, шкала Коннерса, структуроване психолого-педагогічне спостереження.

На контрольному етапі методика SDQ використовувалася для повторного оцінювання загального рівня поведінкових труднощів, а також

для уточнення змін у симптоматиці, пов'язаній із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю, через підшкалу «Гіперактивність/неуважність».

Таблиця 2.4

### Рівневий розподіл результатів за методикою SDQ на контрольному етапі

Показники SDQ	Низький рівень проблемності (%)	Середній рівень (%)	Високий рівень (%)
Загальний рівень труднощів	27,3	45,5	27,3
Підшкала «Гіперактивність/неуважність»	18,2	50,0	31,8

Результати повторного застосування методики SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire) на контрольному етапі дослідження свідчать про позитивні зміни у поведінковій сфері дітей молодшого шкільного віку з синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю після реалізації корекційної програми засобами ігрової терапії. Контрольне оцінювання дозволило встановити рівень труднощів після формувального впливу та визначити динаміку ключових показників, зокрема загального рівня труднощів і підшкали «Гіперактивність/неуважність», яка найбільш безпосередньо відображає прояви синдромів дефіциту уваги з гіперактивністю.

Згідно з даними табл. 2.4, за загальним рівнем труднощів спостерігається суттєве зменшення частки дітей із високим рівнем проблемності, яка становить 27,3%. Водночас збільшилася частка дітей із низьким рівнем труднощів – також до 27,3%, а найбільш чисельною стала група із середнім рівнем – 45,5%. Такий розподіл свідчить про загальну тенденцію до нормалізації поведінкових проявів та часткову стабілізацію поведінки в навчальному середовищі. З психологічної точки зору це може означати зниження частоти дезадаптивних реакцій, кращу прогнозованість поведінки, підвищення здатності дитини приймати правила та контролювати

дії у ситуаціях, що раніше провокували порушення дисципліни або опозиційність.

Переважання середнього рівня (45,5%) можна інтерпретувати як те, що у значної частини дітей поведінкові труднощі не зникли повністю, однак стали менш інтенсивними та менш стійкими, тобто проявляються ситуативно, а не постійно. Це узгоджується з особливостями синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю як нейропсихологічно зумовленого розладу, який потребує тривалої підтримки та системного закріплення сформованих навичок у повсякденному житті. Водночас значне зниження частки дітей з високим рівнем труднощів дозволяє говорити про практичну ефективність корекційної роботи.

Особливу увагу на контрольному етапі привертає підшкала SDQ «Гіперактивність/неуважність», яка є найбільш релевантною для оцінювання динаміки симптомів синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю. Відповідно до отриманих результатів, 31,8% дітей мають високий рівень проявів гіперактивності та неуважності, тоді як більшість – 50,0% – перебувають на середньому рівні, а 18,2% продемонстрували низький рівень проблемності. Така структура показників свідчить про зменшення інтенсивності ключових проявів синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю у значної частини дітей: підвищення стійкості уваги, зменшення рухового неспокою, часткове послаблення імпульсивності, а також покращення здатності утримувати інструкцію та завершувати завдання.

Збільшення частки дітей із низьким рівнем (18,2%) та домінування середнього рівня (50,0%) можна пояснити тим, що під час ігрової терапії діти системно тренували навички саморегуляції у форматі, доступному для їхнього віку: через ігри з правилами, вправи на “стоп-реакцію”, переключення, черговість та контроль рухової активності. Важливо підкреслити, що зниження гіперактивності та неуважності у даному випадку не означає повного зникнення симптоматики, але відображає позитивну

тенденцію до її пом'якшення і зниження дезадаптивного впливу на навчальну та соціальну діяльність.

Отже, результати методики SDQ на контрольному етапі демонструють виражену позитивну динаміку за ключовими показниками. Зниження частки дітей з високим рівнем загальних труднощів і високим рівнем гіперактивності/неуважності у поєднанні зі зростанням частки дітей із середнім і низьким рівнем проблемності свідчить про ефективність застосованих корекційних заходів. Таким чином, ігрова терапія може розглядатися як дієвий засіб психокорекції поведінкових розладів у дітей молодшого шкільного віку з синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю, оскільки сприяє розвитку довільної регуляції, формуванню поведінкових навичок та покращенню адаптації в освітньому середовищі.

Шкала Коннерса була використана повторно для визначення змін в інтенсивності проявів СДУГ (імпульсивність, гіперактивність, дефіцит уваги) після корекційних занять.

Таблиця 2.5

**Рівневий розподіл результатів за шкалою Коннерса на контрольному етапі**

Показник	Низький рівень (%)	Середній рівень (%)	Високий рівень (%)
Інтенсивність симптомів СДУГ (за Коннерсом)	18,2	54,5	27,3

Результати повторного застосування шкали Коннерса на контрольному етапі дослідження засвідчили позитивні зміни в інтенсивності проявів синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю у дітей молодшого шкільного віку після проведення формувального впливу засобами ігрової терапії. Враховуючи високу чутливість даної методики до поведінкових проявів синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю, отримані показники дозволяють

більш точно оцінити динаміку ключових симптомів – гіперактивності, імпульсивності, дефіциту уваги та пов'язаних труднощів довільної регуляції поведінки.

Згідно з рівневим розподілом результатів (табл. 2.5), найбільш чисельною на контрольному етапі є група дітей із середнім рівнем інтенсивності симптомів синдромів дефіциту уваги з гіперактивністю, яка становить 54,5%. Такий результат свідчить про те, що у більшості досліджуваних симптоматика не зникає повністю, однак набуває менш вираженого та більш керованого характеру. Діти цієї групи, як правило, демонструють кращу здатність утримувати інструкцію, частково контролювати імпульсивні реакції, знижують прояви надмірної рухової активності та стають більш стійкими у виконанні навчальних завдань, особливо за умов чіткої структури діяльності та зовнішньої підтримки дорослого. Водночас середній рівень симптоматики вказує, що збереження окремих труднощів є закономірним і потребує подальшого підтримувального супроводу та закріплення навичок саморегуляції.

Важливим показником контрольного етапу є зростання частки дітей із низьким рівнем симптомів синдромів дефіциту уваги з гіперактивністю, яка становить 18,2%. Це свідчить про те, що майже п'ята частина вибірки демонструє помітне зниження інтенсивності основних проявів синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю і кращу сформованість довільної регуляції поведінки. У таких дітей спостерігається відносно стабільніша увага, підвищена здатність контролювати поведінкові реакції, зменшення імпульсивності та більш адекватна реакція на вимоги та обмеження. Подібна динаміка може бути пояснена систематичною корекційною роботою у форматі ігрової терапії, яка забезпечує тренування самоконтролю через правила гри, черговість, вправи на “стоп-реакцію” та розвиток поведінкової витримки.

Водночас 27,3% дітей на контрольному етапі залишаються у групі з високим рівнем інтенсивності симптомів синдрому дефіциту уваги з

гіперактивністю. Це означає, що приблизно третина учасників дослідження продовжує демонструвати стійкі прояви гіперактивності, імпульсивності та дефіциту уваги, що суттєво впливають на навчальну діяльність і соціальну взаємодію. Для цієї категорії дітей характерними можуть бути швидке виснаження, нестійкість довільних процесів, труднощі підпорядкування правилам, схильність до емоційних реакцій у ситуаціях заборони або необхідності очікування. Високі показники у даної групи не заперечують ефективності програми загалом, однак свідчать про те, що деяким дітям потрібен довший корекційний маршрут, індивідуалізація підходів, тісніша співпраця з сім'єю та педагогами, а в окремих випадках — додатковий мультидисциплінарний супровід.

Загалом результати шкали Коннерса на контрольному етапі демонструють, що після реалізації програми ігрової терапії відбулося зміщення рівнів симптоматики у бік середнього та низького, тобто симптоми синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю у значної частини дітей стали менш інтенсивними, більш контрольованими та менш дезадаптивними. Такі дані підтверджують доцільність використання ігрової терапії як ефективного психокорекційного засобу у роботі з поведінковими порушеннями дітей молодшого шкільного віку з синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю, оскільки вона сприяє розвитку довільної уваги, саморегуляції та адаптивних поведінкових моделей.

На контрольному етапі повторно проводилося структуроване спостереження для оцінювання змін у поведінці дитини в природному середовищі – під час навчальної діяльності та групової взаємодії. Досліджувалися ті самі показники: самоконтроль/дотримання правил та соціальна взаємодія.

Таблиця 2.6

**Рівневий розподіл результатів спостереження на контрольному етапі**

Показники спостереження	Низький рівень проблемності (%)	Середній рівень (%)	Високий рівень проблемності (%)
Самоконтроль і дотримання правил	31,8	50,0	18,2
Соціальна взаємодія (конфліктність/черговість)	27,3	54,5	18,2

Результати структурованого психолого-педагогічного спостереження, проведеного на контрольному етапі дослідження, дозволили об'єктивно оцінити зміни в поведінці дітей молодшого шкільного віку з синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю після реалізації корекційної програми засобами ігрової терапії. Спостереження як метод має особливу діагностичну цінність, оскільки фіксує реальні поведінкові прояви у природному середовищі – під час навчальної діяльності, групової взаємодії, виконання правил, прийняття обмежень та взаємодії з однолітками. На контрольному етапі оцінювалися два основні показники: самоконтроль і дотримання правил та соціальна взаємодія (конфліктність/черговість).

Згідно з даними табл. 2.6, за показником «самоконтроль і дотримання правил» найбільш чисельною є група дітей із середнім рівнем проблемності, яка становить 50,0%. Це свідчить, що у половини учасників дослідження поведінкові труднощі зберігаються, однак набули менш інтенсивного та менш дезадаптивного характеру. Такі діти в більшості випадків здатні дотримуватися правил за умови чіткої структури діяльності, стабільних вимог дорослого та позитивного підкріплення. Водночас у ситуаціях перевантаження, емоційного збудження або зниження мотивації можуть з'являтися окремі прояви імпульсивності чи порушення дисципліни. Отже, середній рівень проблемності можна розглядати як показник часткової

компенсації поведінки та позитивної динаміки розвитку регуляторних механізмів.

Важливим позитивним результатом є збільшення частки дітей із низьким рівнем проблемності за даним показником до 31,8%. Це означає, що майже третина дітей продемонструвала помітне покращення поведінкової регуляції: здатність виконувати інструкції, приймати обмеження, утримувати правила гри чи навчальної діяльності, а також контролювати імпульсивні реакції. У поведінці таких дітей спостерігається більша організованість, стійкіша увага та здатність доводити розпочату дію до завершення. Подібна динаміка може бути пояснена ефектом ігрової терапії, яка забезпечує системне тренування довільності через правила, черговість, «стоп-реакції», переключення та розвиток поведінкової витримки у мотиваційно привабливих умовах.

Водночас частка дітей із високим рівнем проблемності щодо самоконтролю та дотримання правил на контрольному етапі знизилась до 18,2%. Це свідчить, що значні поведінкові порушення збереглися лише у відносно невеликій частині вибірки, тоді як більшість дітей продемонстрували зрушення у напрямі більш керованої поведінки. Однак наявність групи з високими показниками вказує, що певні діти потребують додаткових корекційних заходів, індивідуалізації програми та тіснішого залучення сім'ї й педагогів для закріплення навичок у повсякденному житті.

Аналіз другого показника – «соціальна взаємодія (конфліктність/черговість)» – також виявив позитивні зміни. На контрольному етапі домінує середній рівень проблемності (54,5%), що означає, що більшість дітей демонструють помітне покращення соціальної поведінки, але потребують подальшого розвитку навичок взаємодії. Для цієї групи характерна здатність до співпраці у структурованих ситуаціях, уміння виконувати рольові функції у грі, приймати черговість і частково регулювати емоційні реакції. Разом з тим, у ситуаціях конкуренції, програшу, високої

збудженості або зміни правил можуть виникати епізодичні конфлікти та труднощі у взаємодії з однолітками.

Частка дітей із низьким рівнем проблемності у соціальній взаємодії становить 27,3%, що свідчить про сформованість основних навичок комунікації та взаємодії у значної частини вибірки. У таких дітей помітно знижується конфліктність, зростає здатність чекати, домовлятися, приймати правила спільної гри та враховувати позицію інших. Формування цих навичок є надзвичайно важливим для успішної соціальної адаптації дитини у класному колективі та зниження ризику соціальної ізоляції або відторгнення однолітками.

Високий рівень проблемності у сфері соціальної взаємодії на контрольному етапі спостерігається у 18,2% дітей. Це означає, що лише невелика частина вибірки продовжує демонструвати виражені труднощі у дотриманні черговості, контролі поведінки у групі, реакції на заборону чи програв, що може супроводжуватися імпульсивними або протестними реакціями. Такі діти потребують більш тривалої корекційної підтримки та посилення роботи над розвитком соціально-емоційної компетентності.

Отже, результати контрольного структурованого спостереження засвідчили загальне покращення поведінки дітей після формувального етапу, що проявляється у зростанні частки дітей з низьким та середнім рівнем проблемності та зменшенні кількості дітей з високим рівнем труднощів. Зниження проблем у сфері самоконтролю та дотримання правил, а також позитивні зміни у соціальній взаємодії підтверджують ефективність застосованої програми ігрової терапії, яка сприяє розвитку довільної регуляції поведінки, формуванню навичок конструктивної взаємодії та підвищенню адаптації дітей молодшого шкільного віку з синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю в умовах інклюзивного освітнього середовища.

Отримані результати контрольного етапу дозволяють зробити висновок про ефективність корекційної програми ігрової терапії щодо зниження

інтенсивності поведінкових розладів у дітей молодшого шкільного віку з синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю. За всіма використаними методиками спостерігається чітка позитивна динаміка: зменшилась частка дітей із високим рівнем поведінкових труднощів (агресивність, імпульсивність, порушення правил), підвищилась сформованість самоконтролю, зросла здатність до утримання інструкції й регуляції активності. Також позитивні зміни виявлено у сфері соціальної взаємодії – діти стали більш керованими у групових формах діяльності, частіше демонстрували співпрацю та прийняття правил.

Зазначені результати створюють підстави стверджувати, що ігрова терапія може виступати ефективним психокорекційним засобом у роботі з поведінковими порушеннями дітей з особливими освітніми потребами, оскільки забезпечує тренування довільної поведінки у вікововідповідному, емоційно безпечному й мотиваційно привабливому форматі.

З метою перевірки ефективності реалізованої психокорекційної програми засобами ігрової терапії було здійснено математико-статистичну обробку результатів констатувального та контрольного етапів дослідження. Оскільки вимірювання проводилися в одній і тій самій групі досліджуваних дітей ( $n=22$ ) двічі – до формувального впливу та після його завершення, – статистичний аналіз здійснювався як порівняння двох залежних вибірок (“до/після”).

Для оцінювання значущості змін було застосовано критерій Вілкоксона (T) для пов’язаних вибірок як універсальний непараметричний метод для малих груп. Даний критерій дозволяє встановити, чи є відмінності між показниками «до» і «після» статистично значущими на рівні  $p<0,05$  або  $p<0,01$ .

Таблиця 2.7

**Порівняння результатів до та після корекційного впливу**

Показник	До програми (M±SD)	Після програми (M±SD)	Критерій Вілкоксона (T)	p
SDQ (загальний рівень труднощів)	18,6 ± 3,2	14,1 ± 2,9	38,0	0,001
SDQ (гіперактивність/неуважність)	7,8 ± 1,4	5,6 ± 1,3	29,0	0,001
Коннерс (симптоми СДУГ)	24,9 ± 4,0	18,7 ± 3,8	33,0	0,001
Спостереження: самоконтроль/правила	8,1 ± 1,6	5,2 ± 1,4	41,0	0,002
Спостереження: соціальна взаємодія	7,4 ± 1,7	5,1 ± 1,5	46,0	0,003

Примітка: M – середнє значення показника, SD – стандартне відхилення. Рівень значущості:  $p < 0,05$  – значущі відмінності,  $p < 0,01$  – високозначущі відмінності.

Для перевірки ефективності психокорекційної програми засобами ігрової терапії було здійснено порівняльний аналіз показників поведінкових труднощів у дітей молодшого шкільного віку з синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю до та після формувального впливу. Оскільки обстеження проводилося в одній групі ( $n=22$ ) за схемою повторного вимірювання, для визначення статистичної значущості змін було застосовано критерій Вілкоксона (T) як непараметричний метод для залежних вибірок. Використання даного критерію є доцільним у роботі з малими вибірками та дозволяє встановити, чи відмінності між двома вимірами є достовірними й не зумовленими випадковими коливаннями.

Як свідчать результати табл. 2.7, після реалізації програми корекційної роботи спостерігається статистично значуще покращення за всіма досліджуваними показниками, що підтверджує її ефективність щодо

зниження поведінкових порушень та симптоматики синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю.

Насамперед відзначено суттєву позитивну динаміку за показником SDQ «загальний рівень труднощів»: середнє значення до програми становило  $18,6 \pm 3,2$ , а після програми –  $14,1 \pm 2,9$ . Таким чином, спостерігається помітне зниження загального рівня поведінкових та емоційно-соціальних труднощів. Статистична перевірка засвідчила, що дані зміни є високозначущими ( $T = 38,0$ ;  $p = 0,001$ ). Це означає, що після проходження ігрової терапії діти виявляли менше проблем у поведінці, демонстрували кращу керованість у навчальному процесі, знижувалася частота дезадаптивних реакцій і підвищувалася здатність адаптуватися до вимог шкільного середовища. Важливо підкреслити, що SDQ відображає не лише прояви гіперактивності, а й ширший контекст труднощів (поведінкові проблеми, взаємини, емоційні реакції), що дозволяє трактувати позитивну динаміку як загальне покращення психологічної адаптації.

Показник SDQ за підшкалою «гіперактивність/неуважність» також демонструє виражену позитивну зміну: до програми середнє значення складало  $7,8 \pm 1,4$ , після програми –  $5,6 \pm 1,3$ , а статистичні відмінності є високодостовірними ( $T = 29,0$ ;  $p = 0,001$ ). Це свідчить про зменшення інтенсивності ключових симптомів синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю – рухової неспокійності, імпульсивності, відволікання та труднощів утримання уваги. З психологічної точки зору, подібна динаміка може відображати підвищення рівня довільної регуляції та формування у дітей навичок поведінкового гальмування, переключення та підтримки інструкції – саме ті механізми, які є найбільш уразливими при синдромі дефіциту уваги з гіперактивністю.

Особливо переконливими є результати, отримані за специфічною методикою шкали Коннерса, яка дозволяє оцінити інтенсивність симптомів СДУГ у різних поведінкових проявах. До формувального впливу середнє значення за даним показником становило  $24,9 \pm 4,0$ , тоді як після програми –

18,7 ± 3,8. Встановлені зміни також є статистично високозначущими ( $T = 33,0$ ;  $p = 0,001$ ). Отже, після реалізації корекційної програми діти виявляли менше проявів гіперактивності та імпульсивності, підвищувалася стійкість уваги та організованість поведінки. Зниження інтенсивності симптомів за шкалою Коннерса має особливу наукову цінність, оскільки вказує на ефективність впливу саме на ядро проявів синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю, а не лише на загальні поведінкові труднощі.

Важливою складовою аналізу є результати структурованого спостереження, яке відображає реальні поведінкові зміни у природних умовах освітнього середовища. За показником «самоконтроль і дотримання правил» до програми середнє значення становило  $8,1 \pm 1,6$ , а після —  $5,2 \pm 1,4$ . Достовірність змін підтверджена статистично ( $T = 41,0$ ;  $p = 0,002$ ). Це означає, що після корекційної роботи діти краще дотримувалися правил, менш часто порушували інструкції, швидше реагували на вимоги дорослого, демонстрували вищу керованість поведінки. Суттєвим є те, що спостереження фіксує не суб'єктивні оцінки, а прояви реальної поведінки, отже даний результат можна трактувати як практично значущий ефект програми.

Не менш вагомі зміни зафіксовані за показником спостереження «соціальна взаємодія (конфліктність/черговість)»: середній показник знизився з  $7,4 \pm 1,7$  до  $5,1 \pm 1,5$ , а статистична значущість змін підтверджена на рівні  $p = 0,003$  ( $T = 46,0$ ). Цей результат свідчить про покращення комунікативної поведінки дітей: зменшення конфліктності, підвищення здатності чекати черги, приймати правила спільної діяльності та будувати взаємодію з однолітками більш конструктивно. Оскільки соціальна адаптація є однією з найбільш проблемних зон у дітей із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю (особливо в умовах інклюзивного навчання), позитивні зміни за даним показником є вкрай важливими з практичного погляду.

Отже, узагальнюючи результати табл. 2.7, можна зробити висновок, що психокорекційна програма ігрової терапії сприяла статистично значущому

зниженню поведінкових труднощів та симптоматики синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю, покращенню навичок саморегуляції й адаптації у соціальному середовищі. Всі отримані відмінності мають рівень значущості  $p < 0,01$ , тобто є високодостовірними, що підтверджує не випадковий характер змін, а реальний позитивний вплив програми. Таким чином, проведене дослідження дозволяє обґрунтовано стверджувати, що застосування ігрової терапії є ефективним психокорекційним інструментом у роботі з поведінковими розладами дітей молодшого шкільного віку з синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю в умовах інклюзивного освітнього простору.

## **2.5. Практичні рекомендації психологам та педагогам щодо застосування ігрової терапії**

Застосування ігрової терапії як засобу психокорекції поведінкових розладів у дітей молодшого шкільного віку з особливими освітніми потребами, зокрема з синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю, вимагає системності, послідовності та міждисциплінарної узгодженості. Практична ефективність ігрових методів визначається не лише добром технік, а й правильністю організації корекційного середовища, дотриманням психологічних принципів взаємодії з дитиною, підтримкою родини та педагогічного колективу. Нижче подано рекомендації, спрямовані на підвищення ефективності ігрової терапії у корекційній роботі психологів та педагогів.

Передусім важливо забезпечити психологічну безпеку та передбачуваність корекційного простору, оскільки для дітей із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю характерні труднощі саморегуляції, нестійкість уваги, імпульсивні реакції та швидке виснаження. Приміщення для занять має бути організоване так, щоб мінімізувати зайві стимули: надлишок яскравих предметів, сторонні шуми, раптові переміщення інших

осіб. Рекомендується створити постійні зони: «ігрова зона», «спокійна зона», «зона правил», що допомагає дитині орієнтуватися та формує відчуття стабільності. Важливим є введення простих і чітких правил (3–5 правил), сформульованих позитивно («слухаємо один одного», «говоримо по черзі», «бережемо іграшки»), які повторюються на початку кожної сесії та підкріплюються послідовними реакціями дорослого.

Другим ключовим принципом є структурованість ігрових занять, особливо у роботі з поведінковими розладами. Для дітей молодшого шкільного віку з синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю бажано використовувати короткі модулі діяльності: 5–7 хвилин на одну активність із плавним переходом до наступної. Заняття доцільно будувати за стабільною схемою: емоційне налаштування – актуалізація правил – основна гра – рефлексійне завершення – підкріплення досягнення. Такий формат підтримує довільну увагу, знижує рівень хаотичності поведінки та створює умови для поступового розвитку самоконтролю.

У процесі психокорекційної роботи важливо поєднувати ігрові вправи на саморегуляцію, ігри з правилами та соціально-комунікативні ігри, оскільки поведінкові порушення у дітей із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю найчастіше пов'язані з дефіцитом гальмування імпульсів, складністю підтримувати інструкцію й труднощами соціальної взаємодії. Для зниження імпульсивності ефективними є ігри типу «стоп-сигнал», «замри», «тихо-голосно», «повільно-швидко», які розвивають здатність регулювати рухову активність. Для розвитку витримки та довільності корисними є настільні ігри з черговістю, обмеженнями, правилами й очікуванням. Для зниження конфліктності доцільно застосовувати командні ігри, що формують співпрацю, уміння домовлятися, приймати роль і підпорядковувати власні бажання груповій меті.

Особливе значення має позитивне підкріплення як системний інструмент корекції. Дітям із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю значно легше формувати бажану поведінку через підкріплення, ніж через

покарання, оскільки їхня нервова система швидше реагує на миттєвий результат і потребує зрозумілого зворотного зв'язку. Рекомендується використовувати схеми: «зусилля – результат – підкріплення», з акцентом на конкретну поведінку («ти дочекався черги – молодець», «ти зупинився на сигнал – це самоконтроль»). Підкріплення може бути словесним, символічним (жетони, наклейки), мікропривілеєм (обрати гру, роль, ведучого). Водночас важливо уникати надмірної матеріалізації заохочення й поступово переводити його у внутрішню мотивацію: похвалу за компетентність, розвиток і самоконтроль.

Окремим блоком рекомендацій є робота з емоційною сферою. Діти з поведінковими розладами часто демонструють емоційну дисрегуляцію: швидко «вибухають», переживають сильне роздратування, реагують протестом або агресією. У цьому контексті ігрова терапія має включати вправи на розпізнавання й називання емоцій, розвиток навичок заспокоєння та «емоційної паузи». Рекомендується використовувати «емоційні картки», сюжетні ігри з персонажами, які переживають різні емоції, а також техніки тілесного заземлення, дихальні ігри, «коробку спокою» (набір предметів для самозаспокоєння). Важливо, щоб дорослий не придушував емоції дитини, а допомагав їй безпечно прожити переживання і знайти прийнятний спосіб реагування.

Практика свідчить, що особливо ефективною є ігрова терапія тоді, коли вона реалізується не ізольовано, а включена в систему взаємодії психолога, педагога та сім'ї. Тому рекомендовано проводити короткі консультації для батьків щодо підтримки правил, режиму, системи підкріплення та спільної гри вдома. Батьки мають бути поінформовані, що успіх корекції залежить від послідовності вимог і стабільності реакцій дорослого. Аналогічно педагогам доцільно надавати рекомендації щодо організації класного середовища: чіткі інструкції, дроблення завдань, короткі правила, можливість рухової паузи, позитивне підкріплення навіть невеликих успіхів. В інклюзивному класі

ефективною є практика «соціальних ролей» і «ігрових правил взаємодії», що зменшують кількість конфліктів.

Не менш важливою є рекомендація щодо оптимального формату корекційної роботи. У більшості випадків доцільним є поєднання індивідуальних та групових занять. Індивідуальна ігрова терапія забезпечує формування контакту, зниження тривожності, індивідуальну роботу з поведінковими проявами, розвиток довіри до дорослого. Груповий формат дозволяє переносити навички у соціальне поле: дитина вчиться співпрацювати, чекати, дотримуватися правил гри, реагувати на поразку, взаємодіяти в парі чи команді. Для дітей із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю найбільш ефективні малі групи (3–6 дітей), що забезпечує керованість процесу та зменшує перевантаження стимуляцією.

Важливим практичним аспектом є етапність корекції. На початковому етапі рекомендовано встановлення контакту, зниження емоційного напруження, формування мотивації та введення базових правил гри. На основному етапі – системне відпрацювання саморегуляції, контроль імпульсів, тренування уваги та соціальних навичок через ігрові вправи. На завершальному етапі – закріплення навичок, розвиток самостійності, перенесення поведінкових стратегій у навчальні й побутові ситуації. Для підвищення ефекту важливо проводити «домашні» ігрові завдання (короткі), які узгоджуються з батьками.

Таким чином, практичні рекомендації щодо застосування ігрової терапії у роботі з дітьми з ООП та поведінковими розладами передбачають створення безпечного структурованого середовища, використання коротких вправ і правил, системне позитивне підкріплення, розвиток емоційної регуляції, поєднання індивідуальної і групової роботи, а також партнерську взаємодію психолога, педагога й батьків. Реалізація зазначених рекомендацій підвищує ефективність корекційного впливу, забезпечує формування самоконтролю та покращення соціальної адаптації дітей молодшого

шкільного віку з синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю у межах інклюзивного освітнього середовища.

### **Висновки до другого розділу**

У розділі 2 було здійснено цілісне емпіричне дослідження, спрямоване на виявлення психологічних особливостей поведінкових розладів у дітей молодшого шкільного віку з особливими освітніми потребами та на перевірку ефективності ігрової терапії як провідного психокорекційного засобу. Логіка дослідження будувалася як послідовний цикл «діагностика – корекційний вплив – повторна діагностика», що забезпечило можливість не лише описати вихідний стан поведінкової сфери дітей, а й науково обґрунтовано зафіксувати динаміку змін після впровадження програми.

На етапі організації дослідження було забезпечено дотримання етичних принципів, добровільність участі, конфіденційність, психологічну безпеку та врахування вікових і індивідуальних особливостей дітей. Важливим методологічним рішенням став комплексний підхід до оцінювання поведінкових проявів: застосовано стандартизовані опитувальники (SDQ у версіях для педагогів і батьків, шкалу Коннерса), а також структуроване психолого-педагогічне спостереження й якісне уточнення результатів через бесіди з дорослими. Така багатоканальна верифікація даних підвищила валідність висновків і дозволила розглядати поведінкові труднощі не як ізольовані «симптоми», а як прояви дисрегуляції в різних соціальних контекстах (школа – сім'я – групова взаємодія).

Результати констатувального етапу показали, що для більшості учасників характерна виражена проблемність поведінкової сфери. За даними SDQ домінували середній і високий рівні труднощів, а підшкала «гіперактивність/неуважність» виявилася найбільш уразливою зоною, що узгоджується зі специфікою синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю у молодшому шкільному віці. Шкала Коннерса підтвердила високу

інтенсивність симптоматики у значної частини вибірки. Спостереження у природних умовах додатково зафіксувало типові порушення самоконтролю та прийняття правил, а також труднощі соціальної взаємодії (черговість, співпраця, реакції на програти і обмеження). Таким чином, вихідні дані засвідчили системний характер поведінкової дисрегуляції, що проявлялася одночасно у площині довільної регуляції, емоційного реагування та соціально-комунікативної компетентності. Це створило обґрунтовану потребу в корекційному втручанні, яке є вікововідповідним, мотиваційно привабливим і водночас структурованим.

На формувальному етапі було реалізовано програму психокорекції засобами ігрової терапії, в якій гра розглядалася як спеціально організований психологічний інструмент розвитку довільності, тренування «стоп-реакції», формування правил поведінки та відпрацювання соціальних навичок у міні-соціальних ситуаціях. Важливо, що програма мала чітку структуру, передбачувану послідовність, поєднувала активні та спокійні вправи, спиралася на позитивне підкріплення та стабільність правил, а також включала елементи емоційної регуляції і самозаспокоєння. Такий дизайн відповідає потребам дітей із синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю, для яких критично важливі короткі інструкції, повторюваність, тренування витримки і контроль збудження без надмірної фрустрації.

Контрольний етап, проведений із застосуванням того самого інструментарію, продемонстрував виражену позитивну динаміку в поведінковій сфері. За SDQ відбулося зменшення частки дітей із високим рівнем загальних труднощів та покращення за підшкалою «гіперактивність/неуважність», що відображає зниження інтенсивності ключових симптомів і підвищення керованості поведінки. За шкалою Коннерса також спостерігалася зміщення результатів у бік середнього та низького рівнів, що свідчить про пом'якшення гіперактивності, імпульсивності й дефіциту уваги як найбільш дезадаптивних компонентів синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю. Дані повторного

структурованого спостереження підтвердили практичну значущість змін: збільшилася частка дітей, які краще дотримуються правил, приймають обмеження, рідше порушують інструкції, а також демонструють більш конструктивну взаємодію з однолітками, зниження конфліктності та кращу здатність чекати черги.

Статистична обробка результатів із застосуванням критерію Вілкоксона для пов'язаних вибірок показала, що виявлені зміни є не випадковими, а достовірними: за всіма показниками отримано високозначущі відмінності (рівень  $p < 0,01$ ). Це дозволяє зробити аргументований висновок, що реалізована програма ігрової терапії забезпечила реальний позитивний ефект щодо зниження поведінкових труднощів та підвищення рівня саморегуляції й соціальної адаптації дітей молодшого шкільного віку з особливими освітніми потребами і проявами синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю.

Разом із тим, результати контрольного етапу засвідчили й важливий практичний аспект: у частини дітей зберігається високий рівень симптоматики та проблемності, що вказує на неоднорідність вибірки за ресурсами саморегуляції та на потребу індивідуалізації корекційного маршруту. Це означає, що ігрова терапія є ефективною базовою технологією, однак її максимальний ефект досягається за умов системності, тривалішого супроводу, узгодженості вимог у школі та вдома, а в окремих випадках – залучення мультидисциплінарної команди.

Отже, розділ 2 підтвердив, що ігрова терапія в інклюзивному освітньому середовищі є методично й практично обґрунтованим підходом до корекції поведінкових розладів у дітей молодшого шкільного віку з особливими освітніми потребами: вона забезпечує тренування довільної поведінки через правила, підвищує здатність до гальмування імпульсу, формує навички співпраці та прийняття соціальних норм, знижує конфліктність і сприяє стабілізації емоційних реакцій. Отримані емпіричні дані та статистично підтверджена динаміка змін створюють підстави для

розробки практичних рекомендацій психологам і педагогам та для подальшого впровадження програм ігрової терапії як системного компонента психолого-педагогічного супроводу дітей з поведінковими труднощами в умовах інклюзії.

## ВИСНОВКИ

Проведене дослідження було спрямоване на теоретичне обґрунтування та емпіричну перевірку ефективності ігрової терапії у корекції поведінкових розладів у дітей молодшого шкільного віку з особливими освітніми потребами, зокрема з проявами синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю. Актуальність теми зумовлена сучасним розвитком інклюзивної освіти України, де ключовим пріоритетом є створення підтримувального середовища для кожної дитини, а також потребою у доказових, гуманістично орієнтованих і вікововідповідних методах психокорекції.

У межах теоретичної частини роботи було доведено, що поведінкові розлади у дитячому віці є складним багатофакторним явищем, яке не може пояснюватися лише «неслухняністю» чи недостатнім вихованням. У сучасній психолого-педагогічній науці вони розглядаються як результат взаємодії нейропсихологічних, емоційно-вольових, когнітивних та соціальних чинників, що відповідає біопсихосоціальної моделі. Поведінкові порушення мають системний характер і включають емоційну нестійкість, недостатність довільної регуляції, дефіцит виконавчих функцій, труднощі соціальної взаємодії та низьку толерантність до фрустрації. Саме інтеграція цих компонентів ускладнює адаптацію дитини до шкільних вимог і провокує появу вторинних труднощів – зниження самооцінки, негативне ставлення до навчання, конфлікти, емоційне виснаження.

Теоретичний аналіз дозволив встановити, що молодший шкільний вік є особливо чутливим періодом для корекції поведінкових порушень, оскільки саме у цей час активно формуються механізми довільної уваги, здатність діяти за правилом, витримка, соціальна компетентність, прийняття норм і ролей. Водночас діти із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю стикаються з суттєвими труднощами у виконанні навчальних інструкцій, організації діяльності, контролі імпульсивних реакцій, що значно підвищує ризик шкільної дезадаптації. Підкреслено, що за відсутності своєчасної

допомоги поведінкові проблеми можуть набувати стійкого характеру та ускладнювати освітню траєкторію дитини, посилюючи труднощі соціалізації.

Важливим теоретичним результатом роботи стало обґрунтування ігрової терапії як одного з найбільш ефективних та гуманістичних методів корекційної допомоги дітям молодшого шкільного віку з поведінковими розладами. Доведено, що гра має не лише розважальну, а передусім розвивальну й психотерапевтичну функцію: у грі дитина отримує можливість проживати емоційні стани у безпечній формі, тренувати механізми саморегуляції, засвоювати правила, формувати «поведінкову паузу», вчитися співпраці й черговості, відпрацьовувати соціально прийнятні моделі реагування. Ігрова терапія забезпечує унікальне поєднання мотиваційної залученості, природності та корекційної спрямованості, що особливо цінно для дітей із дефіцитом уваги та гіперактивністю.

Емпіричне дослідження, проведене із використанням стандартизованих психодіагностичних методик та структурованого спостереження, дозволило зафіксувати на початковому етапі виражені труднощі у вибірці дітей: домінування симптоматики гіперактивності та неухважності, недостатність самоконтролю, складність у дотриманні правил, підвищену конфліктність у взаємодії з однолітками та нестабільність поведінки у навчальному середовищі. Отримані результати підтвердили необхідність цілеспрямованої психокорекції, а також вказали на ті поведінкові сфери, які потребують першочергового впливу – контроль імпульсу, витримка, здатність чекати, дотримання інструкцій, регуляція рухової активності, соціальна взаємодія.

На основі результатів констатувального етапу була розроблена та реалізована програма психокорекції засобами ігрової терапії, яка мала системний характер і включала структуровані ігри з правилами, вправи на гальмування імпульсу, розвиток довільної уваги, переключення, формування соціальних навичок (черговість, співпраця, прийняття ролей), а також елементи емоційної грамотності та самозаспокоєння. Принциповими перевагами програми стали її вікововідповідність, чітка організація занять,

позитивне підкріплення, передбачувана структура та створення безпечного психологічного простору.

Підсумки контрольного етапу показали позитивну динаміку поведінкових показників після проведення корекційного впливу. Було зафіксовано зменшення вираженості проблемної поведінки, пов'язаної з гіперактивністю та неухважністю, покращення здатності дотримуватися правил та інструкцій, зниження імпульсивних реакцій, а також позитивні зміни у сфері соціальної взаємодії: зменшення конфліктності, підвищення здатності діяти у групі, дотримуватися черговості й узгоджувати власні дії з іншими учасниками. Динаміка підтвердила, що гра як провідна діяльність у цьому віці може виступати потужним інструментом корекції саме тих механізмів, які лежать в основі поведінкових труднощів при синдромі дефіциту уваги з гіперактивністю.

Важливим практичним результатом роботи є те, що ігрова терапія довела свою ефективність як метод психокорекційної допомоги в умовах інклюзивної освіти. Вона дозволяє не лише «зменшити симптоми», а й формувати нові навички: довільність, контроль поведінки, навички комунікації, конструктивне реагування на фрустрацію, прийняття меж. При цьому терапевтичний ефект значно підсилюється за умови партнерства психолога, педагога та сім'ї, узгодженості вимог до дитини та підтримки сформованих навичок у повсякденному середовищі.

У цілому, результати дослідження підтвердили висунуту гіпотезу: цілеспрямоване застосування ігрової терапії як вікововідповідного психокорекційного методу сприяє покращенню поведінкової регуляції та соціальної адаптації дітей молодшого шкільного віку з особливими освітніми потребами та проявами синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю. Таким чином, ігрова терапія може бути рекомендована як ефективний напрям практичної роботи психологів та педагогів у системі інклюзивного супроводу.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з розширенням вибірки, уточненням впливу різних форматів ігрової терапії (індивідуальної, групової, інтегрованої з когнітивно-поведінковими техніками), вивченням стійкості отриманих змін у віддаленому періоді, а також розробкою моделей супроводу, що включають активні тренінгові модулі для батьків і педагогів. Це сприятиме підвищенню якості психолого-педагогічної допомоги та ефективнішій соціальній інтеграції дітей з особливими освітніми потребами у сучасному освітньому середовищі.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Андрущенко В. П. Психологічне консультування: теорія, методологія, практика : навч. посіб. Київ : Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2018.
2. Бондаренко О. Ф. Психологічна допомога особистості в кризових ситуаціях : навч. посіб. Київ : Либідь, 2018.
3. Булах І. С., Долинська, Л. В. Психодіагностика в психологічному консультуванні : навч. посіб. Київ : Каравела, 2016.
4. Васильєва О. С. Тривожність як психологічний феномен: теоретичні підходи та практичні інтервенції. Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія «Психологія». 2019.
5. Войцехівська О. П. Соціально-психологічні фактори розвитку ПТСР у працівників служб реагування : монографія. Київ : Видавництво КУБГ, 2020.
6. Гончаренко О. М. Психологічний супровід діяльності працівників оперативно-рятувальних служб : монографія. Львів : ЛДУ БЖД, 2020.
7. Дуткевич Т. В. Загальна психологія : навч. посіб. Київ : Центр учбової літератури, 2016.
8. Ільченко І. С. Арт-терапія : навчальний посібник для студентів. Умань : ВПЦ «Візаві», 2017.
9. Карпенко З. С. Психологічне консультування: сучасні підходи та техніки : навч. посіб. Львів : ЛНУ імені Івана Франка, 2019.
10. Карамушка Л. М. Психологія професійного вигорання : навч. посіб. Київ : Логос, 2015.
11. Кочарян О. С. Тривожність особистості: механізми формування та психокорекція : монографія. Харків : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2017.
12. Кравченко О. О. Арт-терапія в психологічній практиці: методи та техніки : навч. посіб. Київ : Центр учбової літератури, 2020.

13. Кутішенко В. П. Вікова та педагогічна психологія : навч. посіб. Київ : Центр учбової літератури, 2017.
14. Максименко С. Д. Загальна психологія : підручник. Київ : Центр учбової літератури, 2017.
15. Малєєва Н. В. Арт-терапевтичні технології у роботі практичного психолога : метод. посіб. Київ : Педагогічна думка, 2018.
16. Мороз Р. А. Психологічні технології роботи з тривожними станами у дорослих. Психологія: реальність і перспективи. 2020.
17. Павленко В. В. Клінічна психологія : навч. посіб. Київ : Каравела, 2018.
18. Панок В. Г. Практична психологія: теорія, методи, технології : навч. посіб. Київ : Ніка-Центр, 2016.
19. Савчин М. В. Психологічне здоров'я особистості : монографія. Київ : Академвидав, 2017.
20. Семиченко В. А. Психологія емоцій та емоційних станів : навч. посіб. Київ : Слово, 2015.
21. Синьов В. М., Шеремет, М. К. Спеціальна психологія : підручник. Київ : Знання, 2016.
22. Титаренко Т. М. Психологічна стійкість особистості: сучасні виклики : монографія. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2018.
23. Титаренко Т. М., Ларіна Т. О. Психологічна підтримка у кризових ситуаціях : практичний посібник. Київ : Міленіум, 2017.
24. Хомуленко Т. Б. Психологія тривожності: діагностика, профілактика, корекція : навч. посіб. Харків : ХНПУ імені Г. С. Сковороди, 2021.
25. Яценко Т. С. Сучасні психокорекційні практики: інтегративний підхід : монографія. Київ : Либідь, 2019.
26. Beck J. S. Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond. 3rd ed. New York : Guilford Press, 2020.

27. Boden M. T., Kimerling R., Jacobs-Lentz J. et al. Seeking Safety treatment for comorbid PTSD and substance use disorder: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*. 2018.
28. Bögels S. M., Neinhuis T., Restifo K. Mindfulness Training for Adolescents with Anxiety. *Behaviour Research and Therapy*. 2016.
29. Bolton D., Perrin S. Evaluation of exposure-based treatment for anxiety disorders: updated review. *Clinical Psychology Review*. 2018.
30. Bradt J., Dileo C., Potvin N. Music therapy for stress reduction: systematic review and meta-analysis. *The Arts in Psychotherapy*. 2015.
31. Brown L. S. *Feminist Therapy*. Washington, DC : APA Publishing, 2018.
32. Case C., Dalley T. *The Handbook of Art Therapy*. London : Routledge, 2019.
33. Corey G. *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy*. 10th ed. Boston : Cengage Learning, 2016.
34. Cuijpers P., Karyotaki E., Reijnders M. Psychotherapies for depression and anxiety: updated meta-analysis. *World Psychiatry*. 2020.
35. De Witte M., Pinho A. S., Stams G. J. et al. Music therapy for stress reduction: a systematic review and meta-analysis. *Health Psychology Review*. 2020.
36. DiNapoli E. A., Barlow D. H. *Anxiety and its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*. 3rd ed. New York : Guilford Press, 2021.
37. Ecker B., Ticic R., Hulley L. *Unlocking the Emotional Brain: Eliminating Symptoms at Their Roots Using Memory Reconsolidation*. New York : Routledge, 2015.
38. Foa E. B., Hembree E. A., Rothbaum B. O. *Prolonged Exposure Therapy for PTSD: Emotional Processing of Traumatic Experiences*. 2nd ed. New York : Oxford University Press, 2019.
39. Frankl V. E. *Man's Search for Meaning*. Updated edition. Boston : Beacon Press, 2015.

40. Gladding S. T. *The Creative Arts in Counseling*. 5th ed. Alexandria : American Counseling Association, 2016.
41. Gold C., Mössler K., Grocke D. Dose-response relationship in music therapy: systematic review. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2019.
42. Habib M., Ginsburg G. S. Anxiety interventions across development: evidence review. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2018.
43. Hayes S. C., Strosahl, K. D., Wilson K. G. *Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change*. 2nd ed. New York : Guilford Press, 2016.
44. Hölzel B. K., Lazar S. W., Gard, T. Mindfulness mechanisms and clinical outcomes: updated evidence. *Perspectives on Psychological Science*. 2018.
45. Hofmann S. G., Asnaani, A. Vonk, I. The efficacy of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*. 2015.
46. Kaczurkin A. N., Foa, E. B. Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: an update on mechanisms. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2022.
47. Kazdin A. E. *Research Design in Clinical Psychology*. Boston : Pearson, 2016.
48. Kendler K. S. The nature of anxiety and comorbidity: contemporary overview. *Psychological Medicine*. 2020.
49. Knill P. J., Levine, E. G., Levine, S. A. *Principles and Practice of Expressive Arts Therapy*. London : Jessica Kingsley Publishers, 2015.
50. Kossak M. S. *Art Therapy with Children and Adolescents*. New York : Routledge, 2018.
51. Malchiodi C. A. *Creative Interventions with Traumatized Children*. New York : Guilford Press, 2015.
52. Malchiodi C. A. *Trauma and Expressive Arts Therapy: Brain, Body, and Imagination in the Healing Process*. New York : Guilford Press, 2020.

53. McLeod J. *An Introduction to Counselling*. Maidenhead : Open University Press, 2019.
54. Moore J. C., Buchanan D. R. *Art therapy and anxiety: controlled studies review*. *The Arts in Psychotherapy*. 2016.
55. O'Donohue, W., Fisher, J. E. *Cognitive Behavior Therapy: Applying Empirically Supported Techniques in Your Practice*. Hoboken : Wiley, 2019.
56. Pifalo T. J. *Art therapy and trauma: evidence-based practice update*. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*. 2019.
57. Rubin J. A. *Approaches to Art Therapy: Theory and Technique*. New York : Routledge, 2016.
58. Wampold, B. E., Imel, Z. E. *The Great Psychotherapy Debate: The Evidence for What Makes Psychotherapy Work*. New York : Routledge, 2015.