

СИЗКО Г.І.

кандидат психологічних наук, доцент кафедри прикладної психології та логопедії, м. Бердянськ. Email: sizko71108@gmail.com.

БОРОДОВКА О.М.

здобувач вищої освіти другого (магістерського) рівня Бердянського державного педагогічного університету, м. Бердянськ. Email: smurfetteee96@gmail.com.

**КАЗКОТЕРАПІЯ ЯК ЗАСІБ КОРЕКЦІЇ САМООЦІНКИ ДІТЕЙ
МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З ГІПЕРАКТИВНИМ
РОЗЛАДОМ ТА ДЕФІЦИТОМ УВАГИ**

Сизко Г.І., Бородовка О.М. Казкотерапія як засіб корекції самооцінки дітей молодшого шкільного віку з гіперактивним розладом та дефіцитом уваги. У статті розглянуто поняття гіперактивного розладу та дефіциту уваги та визначені основні характеристики та причини неадекватної самооцінки дітей молодшого шкільного віку із гіперактивним розладом та дефіцитом уваги. В структурі самооцінки виділені такі компоненти: когнітивний (містить знання людини про себе різного ступеня узагальненості); афективний (фіксує переживання людини з приводу того, що він дізнається про себе). Розкрито сутність кожного з цих компонентів. Проведено дослідження самооцінки дітей молодшого шкільного віку із гіперактивним розладом та дефіцитом уваги та запропонована корекційна робота за допомогою казкотерапії.

***Ключові слова:** гіперактивний розлад, дефіцит уваги, самооцінка, дизонтогенез, казкотерапія, психологічна корекція.*

Постановка проблеми. У кожної дитини з психологічними проблемами виявляються недоліки самооцінки, що може негативно позначитись на подальшій соціалізації дитини. Самооцінка особистості дитини, є регулятором поведінки, що впливає на її внутрішній стан, на її діяльність, поведінкові реакції, взаємостосунки в колективі.

Оскільки самооцінка багато в чому визначає успішність соціальної інтеграції осіб з порушеннями розвитку, то її вивчення по відношенню до цієї категорії людей набуває особливого значення. Однак психологами визнається явний розрив між дослідженнями пізнавальної сфери дітей та підлітків з порушеннями розвитку та дослідженнями їх особистості з явною перевагою перших, що було обумовлено на певному етапі запитами системи освіти цих дітей.

Аналіз досліджень і публікацій Особливий інтерес мають роботи, в яких розглядаються проблеми формування самооцінки дітей із різними формами дизонтогенезу. До таких досліджень належать праці В.І. Голенко, Т.Д. Ілляшенко, В.Л. Кокоренко, С.Ю. Коноплястої, О.В. Кочерги, Н.А. Науменко, О.І. Романчук та інших.

Мета статті. Теоретичне обґрунтування та експериментальне дослідження особливостей самооцінки у дітей молодшого шкільного віку з гіперактивним розладом та дефіцитом уваги та визначення ефективності застосування казкотерапії в її корекції.

Виклад матеріалу дослідження. Гіперактивний розлад із дефіцитом уваги – це поліморфний клінічний синдром, головними проявами якого є порушення здатності дитини контролювати та регулювати свою поведінку, що виявляється в моторній гіперактивності, порушенні уваги та імпульсивності.

У дітей з гіперактивним розладом та дефіцитом уваги спостерігаються особливості в поведінці і причиною цьому є не нестерпний характер чи невихованість, а специфіка їхньої психіки, зумовлена як фізіологічними, так і психосоціальними чинниками [5].

Гіперактивність – (гіперактивний розлад та дефіцит уваги або ГРДУ) – виявляється у дітей з невластивою для нормального розвитку імпульсивністю, руховою розгальмованістю, неможливістю зосередитися, неуважністю [4].

Недостатня зрілість лобної долі кори головного мозку призводить до розладів різних виконавчих функцій, що пов'язані з організацією та регулюванням поведінки:

- розладу імпульс – контролю;
- розладу прогнозування, планування та самоорганізації поведінки;
- розладу контролю уваги та аналізу інформації;
- розладу контролю емоцій;
- розладу контролю над власною руховою активністю, регулювання процесу збудження/ гальмування.

При менш виражених формах ГРДУ (а їх близько 30-40% від загальної кількості) у підлітковому віці рівень розвитку поведінкової сфери та психічних процесів поступово досягає вікової норми, у решти ж випадків діти з ГРДУ матимуть ознаки порушеного самоконтролю і в дорослому віці.

Також важливо зазначити, що для багатьох ситуацій у житті особливості протікання виконавчих функцій не є перешкодою. Більше того, надмірний раціональний контроль може утруднювати швидкі, інтуїтивні, спонтанні, творчі, емоційні реакції. Тому, як не парадоксально, особливістю ГРДУ є те, що наявність розладу, створюючи дитині ряд проблем та труднощів, у певних ситуаціях надає дитині переваги, особливі можливості та здібності. Необхідно усвідомлювати соціальне значення проблеми. Адже без належної допомоги діти з ГРДУ можуть мати суттєві труднощі в дорослому житті. Відкинені починаючи зі шкільного віку, вони навряд чи знайдуть гідне місце в суспільстві згодом. При своєчасному виявленні розладу та компетентному медичному та психолого-педагогічному супроводі ці діти здатні бути повноцінними членами спільноти. Вони зможуть розкрити усі свої обдарування і чесноти та скерувати їх на власний розвиток та користь суспільству, просто жити і бути щасливими. Допомогти їм у цьому є найважливішим завданням педагогів і батьків [1].

Розглядаючи самооцінку як значущу якість особистості, слід відзначити її складну структурно-динамічну будову, а також виділити при її вивченні два аспекти:

- процес, коли розкриваються шляхи, умови і способи її виникнення, розвитку, функціонування;

- результат, коли виявляється система знань людини про себе і його ставлення до себе.

Також, говорячи про структуру самооцінки, слід виділити два взаємопов'язаних компонента:

- когнітивний (містить знання людини про собі різного ступеня узагальненості);

- афективний (фіксує переживання людини з приводу того, що він дізнається про себе).

Розрізняють неадекватну завищену самооцінку-переоцінку себе суб'єктом і неадекватну занижену самооцінку-недооцінку себе суб'єктом [3].

Симптоми гіперактивного розладу та дефіциту уваги у дітей починають виникати у віці 4 років. В цьому віці починають вимагати від дитини самостійності і зосередженості. Надзвичайна рухова активність, особливо коли дитина ще не зіткнулася зі шкільними проблемами, часто заводить в оману батьків. Вони починають боротися з дитиною як з неслухняною, а почувши від фахівця, що її поведінка хвороблива, що вона потребує охоронних заходів, заперечують. Справді здорова енергійна дитина діє цілеспрямовано, доводить розпочату справу до кінця, керується правилами, її легко переконати в необхідності дотримуватися певного розпорядку. Неконструктивна, хаотична активність свідчить про неповноцінний процес гальмування збудження, пов'язаного з підкіркою. І поки поступово в процесі дозрівання лобних ділянок кори головного мозку не компенсується цей недолік, нервова система дитини працює з перевантаженням і може виснажуватися. А це диктує і відповідну тактику поведінки дорослих: не покарання, а допомога[2].

Особливо у таких дітей страждає самооцінка. Самооцінка отримує об'єктивне вираження і в тому, як людина оцінює можливості і результати діяльності інших людей. Почавши формуватися ще в ранньому дитинстві, коли дитина починає відокремлювати себе від оточуючих людей, вона продовжує видозмінюватися протягом усього життя, стаючи все більш критичною і змістовною. Сензитивним періодом для становлення самооцінки як особливого компонента самосвідомості є молодший шкільний вік, тому представляється необхідним починати формування об'єктивної самооцінки саме тут.

Для дітей з ГРДУ характерна схильність до крайніх полярних виборів у процесі самооцінювання («найгірший – найкращий»). Це свідчить про внутрішньо суперечливий, конфліктний характер у формуванні різних компонентів самосвідомості у дітей з ГРДУ. Крім того, для дітей з ГРДУ більш характерні прояви феномену «дзеркальної самооцінки» – прямого відтворення оцінки батьків. Можна припустити, що даний феномен діти з ГРДУ демонструють внаслідок недорозвинення когнітивного компонента самосвідомості, відзначаючи у себе ті якості, які підкреслюються батьками, що може у деяких випадках призводити до негативного ставлення до себе, в якому переважає почуття неповноцінності. Також, на відміну від однолітків, що нормативно розвиваються, діти з ГРДУ мало диференціюють ціннісні уявлення про себе від операційної самооцінки (оцінки своїх можливостей), що свідчить про затриманий характер формування самосвідомості. Так, на відміну від більшості однолітків, які, як правило, легко називають самооцінні характеристики, в яких переважають соціально схвалювані якості, діти з ГРДУ значно рідше дають правильні самохарактеристики [3].

Для дослідження рівня самооцінки у дітей з гіперактивністю ми використовували такі методики: методика «Малюнок неіснуючої тварини» М.З. Друкаревич, методика «Дерево» Д. Лампем, в адаптації Л.П. Пономаренко, методика вивчення самооцінки Т.В. Дембо –

С.Я. Рубінштейн в модифікації П.В. Янишина, методика «Намалюй себе» розроблена А.М. Прихожан і З.М.Василяускайте.

В дослідженні взяло участь 29 дітей молодшого шкільного віку, які є учнями другого класу Тимошівської ЗОШ І-ІІІ ст. (Комунальний заклад «Тимошівська загальноосвітня школа І-ІІІ ступенів» Михайлівської селищної ради, Михайлівського району, Запорізької області). Дослідження розпочалося навесні 2020 року і тривало до жовтня місяця цього ж року. Серед 13 школярів були виявлені ознаки гіперактивності, з них 2 дитини із підтвердженим діагнозом гіперактивного розладу та дефіциту уваги. Надалі ці діти увійшли до експериментальної групи. До контрольної групи увійшли діти без ознак гіперактивності та дефіциту уваги (16 осіб).

Підводячи підсумки нашого дослідження за всіма методиками ми визначили такі загальні показники самооцінки в експериментальній та контрольній групах (Таблиця 1).

*Таблиця 1.
Узагальнені результати дослідження самооцінки в експериментальній і контрольній групі*

Групи	Самооцінка, %		
	Адекватна	Занижена	Завищена
Експериментальна	29	71	0
Контрольна	75	20	5

Самооцінка дітей з ГРДУ занижена в порівнянні з однолітками, що розвиваються нормативно. Поряд з даними проєктивних тестів, в яких зазначаються зворотні тенденції, це свідчить про внутрішню суперечливість, конфліктний характер у формуванні різних компонентів самосвідомості у дітей з ГРДУ.

Крім того, для дітей з ГРДУ більш характерні прояви феномену «дзеркальної самооцінки» – прямого відтворення оцінки батьків. Можна припустити, що даний феномен діти з ГРДУ демонструють внаслідок недорозвинення когнітивного компонента самосвідомості, відзначаючи у себе ті якості, які підкреслюються батьками, що може у деяких випадках

призводити до негативного самовідношення, в якому переважає почуття неповноцінності.

Також, діти з ГРДУ мало диференціюють ціннісні уявлення про себе від операціонально самооцінки (оцінки своїх можливостей), що свідчить про затримання характерного формування самосвідомості.

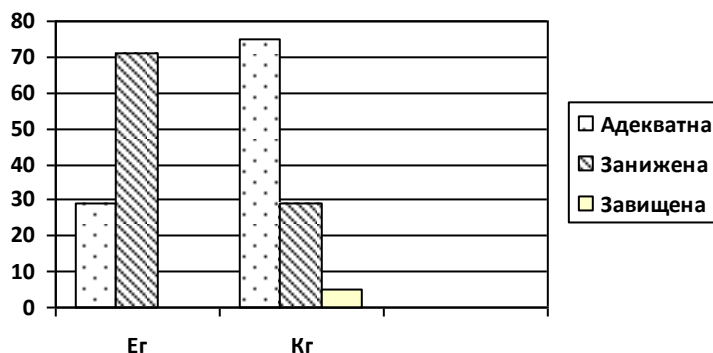


Рис.1. Порівняльна діаграма самооцінки в експериментальній та контрольній групах

Так, на відміну від більшості однолітків, які, як правило, легко називають самооцінювальні характеристики, в яких переважають соціально схвалювані якості, діти з ГРДУ значно рідше дають ціннісні самохарактеристики. Їх відповіді переважно відображають уявлення про себе як про суб'єкта діяльності («я можу», «я вмю»). Достовірність відмінностей за цим критерієм на рівні $p \leq 0,01$.

Також в групі дітей з ГРДУ значно частіше звучали суперечливі самохарактеристики («можу бути злим, можу добрим», «такий-то одночасно»), що пов'язано з нестійкістю уявлень про себе. (достовірність відмінностей на рівні $p \leq 0,01$).

Після первинної діагностики рівня самооцінки молодших школярів контрольної та експериментальної груп нами був проведений другий етап експерименту: підготовка психокорекційної роботи для формування адекватної самооцінки дітей з ГРДУ.

У процесі казкотерапії використовувалися наступні прийоми: слухання і запам'ятовування казок; придумування продовження відомої казки або

іншого кінця казки; придумування казок (групове або індивідуальне); моделювання казок; малювання казок; інсценування казок; розвивальні ігри на основі казкових образів і сюжетів тощо.

Враховуючи особливості дітей ГРДУ, такі як імпульсивність, рухове занепокоєння, нестійкість емоцій були створені умови для організації казкотерапевтичної діяльності: обов'язково викликався позитивний емоційний настрій у дітей, стимулювалося бажання взаємодії, стимулювали зацікавленість за допомогою наочних посібників, включали продуктивні види дитячої діяльності (малюнки, виготовлення ляльок, костюмів).

Протягом всієї роботи ми стежили за всіма змінами, що відбувалися з дітьми, включаючи найменші зміни міміки і пантоміміки, і будувати роботу у відповідності з їх реакціями.

Необхідно зазначити, що при створенні історії для кожної конкретної дитини ми використовували спілкування, навіювання за двома рівнями.

Перший рівень ґрунтувався на сюжетній лінії казки, яка повинна відповідати реальному життю дитини, його інтересам і захопленням, а також включати в себе всіх діючих осіб будь-якого страху або причини невпевненості в собі і в метафоричній формі ситуацію, схожу на реальну. При цьому сюжет казки розгортався послідовно, починаючи з зав'язки, життя і відносин казкового героя, через кризову ситуацію, коли герой відчуває розчарування існуючим станом речей, або воно загрожує його «статус-кво», через ряд випробувань, коли герой пробує ряд рішень, частина з яких не призводить до бажаного результату. Нарешті, знаходиться який-небудь прийнятний для казкового героя варіант вирішення проблеми. Це не одномоментний акт, а послідовний процес, за допомогою якого персонажі здійснюють зміни. Далі необхідно дати можливість герою казки перевірити правильність обраного рішення і відповідність цього рішення потребам персонажа, а також пов'язати його з майбутнім героя і дати позитивне емоційне підкріплення.

Другий рівень полягає у використанні слів, що впливають на різні сенсорні системи, це дозволяє розблокувати пригнічену систему і відновити цілісність і рівновагу чуттєвого сприйняття дитини.

В процесі створення терапевтичної казки ми використовували певну послідовність[6]:

1. «Жили – були» - символізує початок казки, знайомить з діючими героями.
2. «І раптом ... Але ось одного разу» – відбувається зіткнення героя з проблемою, яка нагадує проблему дитини.
3. «Через це...» – натякає на те, якого досягнення не відбувається, чого дитина могла б домогтися без цієї проблеми.
4. Кульмінація – власне, безпосередня боротьба героїв з труднощами.
5. Розв'язка – обов'язково позитивна.
6. Мораль казки – герой витягує повчальний урок зі свого досвіду, його життя кардинально змінюється.

За допомогою цього алгоритму ми могли через певну послідовність казкових подій показати дитині ситуацію з різних сторін, запропонувати альтернативні моделі поведінки, допомогти знайти позитивний сенс в тому, що відбувається. Корекція тут грає роль заміщення непродуктивного способу поведінки продуктивним.

Після завершення всього етапу складання терапевтичних казок ми провели повторний аналіз самооцінки в обох групах.

Контрольний зріз результатів проведеної роботи дозволив зробити такі висновки. Слід зазначити позитивну динаміку подолання низької самооцінки та появу адекватного оцінювання молодших школярів своїх досягнень, талантів і своїх можливостей.

Узагальнені результати подано у таблиці 2.

Таблиця 2.

Показники самооцінки дітей з ГРДУ до та після впровадження казкотерапії

Рівень	Результати, отримані у ході дослідження, у %
--------	--

	КГ		ЕГ	
	До	Після	До	Після
Низька самооцінка	20	-	71	35
Адекватна самооцінка	75	78	29	65
Завищена самооцінка	5	2	0	-

Отже, після повторного дослідження після впровадження програми, маємо наступні показники. Позитивна тенденція спостерігається після проведення корекційної роботи в обох групах. Ми можемо спостерігати, що в ЕГ значно знизився показник низької самооцінки (на 36%), змінилися і показники адекватної самооцінки, не 29%, а вже 65% дітей, що стосується завищеної самооцінки, то на цьому рівні є показники лише в контрольній групі, але залишилося дві дитини з п'яти.

Висновки, перспективи подальших пошуків у напрямі дослідження. Таким чином, аналізуючи проблему застосування казкотерапії в корекції самооцінки молодших школярів можна зробити висновок, що даний метод не обмежується тільки казковим простором і застосуванням казки, а також використовує і особистісний потенціал дитини, який актуалізується за рахунок казки і метафори. У ході практичної роботи можна використовувати різні техніки, які гармонійно поєднуються із казкотерапією та безпосередньо позитивно впливають на самооцінку дитини і розвивають особистісний потенціал.

Список використаних джерел:

1. Ілляшенко, Т. Д. Чому їм важко вчитися? Причини виникнення труднощів у навчанні дітей. *Практична психологія та соціальна робота* : щомісячний науковий практикум освітньо-методичного журналу. Київ, 2012. 68-78 С.

2. Кочерга О.В. Психофізіологія дітей з особливими потребами: підручник. Київ: Редакції газет з дошкільної та початкової освіти, 2012. 128 с.

3. Науменко Н.А. Особливості самооцінки для дітей з синдромом дефіциту уваги. Особистість, сім'я і суспільство: питання педагогіки і психології: стаття XLII міжнародної навчально-практичної конференції . Київ, 2014. 16–18с.

4. Романчук О.І., Гіперактивний розлад з дефіцитом уваги у дітей: Практичне керівництво. Львів: Крео, 2008. 75 с.

5. Сак Т.В. Особлива дитина. Від народження до 6 років: Поради батькам. Київ: Літера ЛТД, 2008. 144 с.

6. Ткач Р. М. 50 целебных сказок для детей: учебник. Киев: Феникс, 2014. 215 с.

References:

1. Ilyashenko, T. D. (2012). Chomu yim vazhko vchy`ty`sya? Pry`chy`ny` vy`ny`knennya trudnoshhiv u navchanni ditej. Prakty`chna psy`xologiya ta social`na robota : shhomisyachny`j naukovy`j prakty`kum osvitr`o-metody`chnogo zhurnalu. Ky`yiv, 68-78 [in Ukrainian].

2. Kocherga O.V. (2012). Psy`xofiziologiya ditej z osobly`vy`my` potrebamy [Psychophysiology of children with special needs]. Pidruchny`k. Ky`yiv: Redakciyi gazet z doshkil`noyi ta pochatkovoyi osvity`, 128 [in Ukrainian].

3. Naumenko N.A. (2014). Osobly`vosti samoocinky` dlya ditej z sy`ndromom deficy`tu uvagy`. Osoby`stist`, sim'ya i suspil`stvo: py`tannya pedagogiky` i psy`xologiyi [Features of self-esteem for children with attention deficit disorder. Personality, family and society: issues of pedagogy and psychology]. Stattya XLII mizhnarodnoyi navchal`no-prakty`chnoyi konferenciyi. Ky`yiv,. 16–18 [in Ukrainian].

4. Romanchuk O.I. (2008). Giperakty`vny`j rozlad z deficy`tom uvagy` u ditej [Hyperactive disorder with attention deficit in children]. Prakty`chne kerivny`cztvo. L`viv: Kreo, 75 [in Ukrainian].

5. Sak T.V. (2008). Osobly`va dy`ty`na. Vid narodzhennya do 6 rokiv: Porady` bat`kam [A special child. From birth to 6 years: Tips for parents]. Ky`yiv: Litera LTD, 144 [in Ukrainian].

6. Tkach R. M. (2014). 50 celebных skazok dlya detej [50 healing tales for children]. Ky`ev: Feny`ks, 215 [in Russian].

Сызко А.И., Бородовка О.Н. Сказкотерапия как средство коррекции самооценки детей младшего школьного возраста с гиперактивным расстройством и дефицитом внимания. В статье рассмотрено понятие гиперактивного расстройства и дефицита внимания и определены основные характеристики и причины неадекватной самооценки детей младшего школьного возраста с гиперактивным расстройством и дефицитом внимания. В структуре самооценки выделены следующие компоненты: когнитивный (содержит знания человека о себе разной степени обобщенности) аффективное (фиксирует переживания человека по поводу того, что он узнает о себе). Раскрыта сущность каждого из этих компонентов. Проведено исследование самооценки детей младшего школьного возраста с гиперактивным расстройством и дефицитом внимания и предложена коррекционная работа с помощью сказкотерапии.

Ключевые слова: гиперактивное расстройство, дефицит внимания, самооценка, дизонтогенез, сказкотерапия, психологическая коррекция.

Syzko H., Borodovka O. Fairy tale therapy as a way of correcting self-esteem of primary school children with hyperactive disorder and attention deficit. The article examines the concept of hyperactive disorder and attention deficit and identifies the main characteristics and causes of inadequate self-esteem of primary school children with hyperactive disorder and attention deficit. In the structure of self-esteem, we identified the following components: cognitive (contains a person's knowledge about himself) affective (a person's feelings about what he learns about himself). The essence of each of these components is disclosed. A study of the self-esteem of primary school children with hyperactive disorder and attention deficit was carried out, and corrective work was proposed using fairy tale therapy.

Keywords: hyperactive disorder, attention deficit, self-esteem, dysontogenesis, fairy tale therapy, psychological correction.