

Міністерство освіти і науки України
Чорноморський національний університет імені Петра Могили
Медичний інститут

Кафедра психології

«ДОПУЩЕНО ДО ЗАХИСТУ»

завідувачка кафедри психології

_____ Ірина ЛИСЕНКОВА

«20» січня 2022 р.

УДК 159.98:316.36-056.13-053,2(043,2)

ДИТЯЧО-БАТЬКІВСЬКІ ВІДНОСИНИ В СІМ'ЯХ З ГІПЕРАКТИВНИМИ ДІТЬМИ

Кваліфікаційна робота магістра
за освітньо-професійною програмою «Психологія»
другого (магістерського) рівня вищої освіти
галузь знань 05 - Соціальні та поведінкові науки
спеціальність 053 «Психологія»

Виконала:
студентка 665М групи
Степанова Вікторія Валеріївна

Науковий керівник:
к.психол.н., доцент
Васильєва Ганна Вікторівна

Міністерство освіти і науки України
Чорноморський національний університет імені Петра Могили
Медичний інститут

Кафедра психології

Освітній рівень – магістр

Галузь знань: 05 - Соціальні та поведінкові науки

Спеціальність: 053 «Психологія»

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

завідувачка кафедри психології

_____ Ірина ЛИСЕНКОВА

«21» січня 2022 р.

ЗАВДАННЯ
НА ВИКОНАННЯ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ МАГІСТРА

Студентці **Степановій Вікторії Валеріївні**.

1. Тема роботи: «Дитячо-батьківські відносини в сім'ях з гіперактивними дітьми» затверджена наказом ЧНУ імені Петра Могили від «17» листопада 2021 року № 308.
2. Об'єкт дослідження – дитячо-батьківські відносини в сім'ях з гіперактивними дітьми.
3. Предмет дослідження – шляхи оптимізації дитячо-батьківських відносин в сім'ях з гіперактивними дітьми.
4. Завдання дослідження:
 - 1) здійснити теоретичний аналіз загальної та спеціальної психолого-педагогічної літератури щодо висвітлення питань гіперактивності та дитячо-батьківських відносин в сім'ях з гіперактивними дітьми;
 - 2) визначити та обґрунтувати критерії, показники та дати характеристику гіперактивності та характеристику дитячо-батьківським відносинам в сім'ях з гіперактивними дітьми;

3) експериментально перевірити шляхи оптимізації дитячо-батьківських відносин в сім'ях з гіперактивними дітьми пілотним техніко-економічним обґрунтуванням;

4) обґрунтувати ефективність шляхів оптимізації дитячо-батьківських відносин в сім'ях з гіперактивними дітьми.

5. Науковий керівник роботи.

ПІБ та посада керівника	Завдання видано (дата, підпис)	Завдання виконано (дата, підпис)
Васильєва Ганна Вікторівна доцент кафедри психології	27.09.2021 _____	21.01.2022 _____

6. КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів роботи магістра (РМ)	Строк виконання етапів роботи
1	Погодження керівником змісту КРМ	05.10.2021
2	Пошук, добір та опрацювання літературних джерел з проблематики дослідження	18.10.2021
3	Робота над підготовкою тексту КРМ	
3.1	Розділ 1	01.11.2021
3.2	Розділ 2	22.11.2021
3.3	Розділ 3	07.12.2021
4	Висновки	13.12.2021
5	Захист КРМ на кафедрі (попередній захист)	14.01.2022
6	Захист КРМ перед Екзаменаційною комісією	21.02.2022

Студент _____ Вікторія СТЕПАНОВА

Науковий керівник _____ Ганна ВАСИЛЬЄВА

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ДИТЯЧО-БАТЬКІВСЬКИХ ВІДНОСИН В СІМ'ЯХ З ГІПЕРАКТИВНИМИ ДІТЬМИ	7
1.1. Поняття гіперактивності, її причини та специфіка проявів.....	7
1.1.1. Вплив СДУГ на життя людини, її сім'ї та громади від дошкільного до дорослого життя.....	16
1.1.2. СДУГ та значення коморбідних розладів у психосоціальному розвитку дітей та підлітків.....	25
1.2. Поняття дитячо-батьківських відносин і їх характеристики.....	37
1.2.1. Психологічні особливості дитячо-батьківських відносин в сім'ях з гіперактивними дітьми в аспекті психології.....	42
1.2.2. Функціонування сім'ї, психологічний стрес і благополуччя батьків з дитиною, що страждає СДУГ.....	46
1.3. Шляхи покращення дитячо-батьківських відносин в сім'ях з гіперактивними дітьми.....	51
Висновки до першого розділу	57
РОЗДІЛ 2. ПСИХОЛОГІЧНА ДІАГНОСТИКА ДИТЯЧО-БАТЬКІВСЬКИХ ВІДНОСИН В СІМ'ЯХ З ГІПЕРАКТИВНИМИ ДІТЬМИ	59
2.1. Методичне забезпечення та організація емпіричного дослідження ...	59
2.2. Аналіз результатів констатувального експерименту.....	62
Висновки до другого розділу	72
РОЗДІЛ 3. ОПТИМІЗАЦІЯ ДИТЯЧО-БАТЬКІВСЬКИХ ВІДНОСИН В СІМ'ЯХ З ГІПЕРАКТИВНИМИ ДІТЬМИ	75
3.1. Програма оптимізації дитячо-батьківських відносин в сім'ях з гіперактивними дітьми.....	75

3.2. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження.....	80
Висновки до третього розділу	96
ВИСНОВКИ	98
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	102
ДОДАТКИ	114

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ

- АНД** — розлад спектру аутизму;
- БДР** — важка форма депресії;
- ГТР** — генералізований тривожний розлад ;
- ЗДО** — заклад дошкільної освіти;
- ОКР** — obsесивно-компульсивний розлад;
- ПРЛ** — поширений коморбідний розлад СДУГ;
- РАС** — розлад аутистичного спектру;
- СВУ** — психічний розлад, що характеризується епізодами незрозумілого гніву;
- СДУГ** — синдромом дефіциту уваги / гіперактивності;
- СП** — соціальна і специфічна фобія;
- ANOVA** — односторонній дисперсійний аналіз між групами;
- APD** — антисоціальний розлад особистості;
- APS** — стандартизована 5-хвилинна ігрова задача, призначена для вимірювання різних аспектів дитячої гри в удавання;
- BD** — біполярний розлад;
- БPD** — прикордонний розлад особистості;
- CD** — циклотимічний розлад поведінки, часта і постійна модель поведінки, при якій порушуються соціальні правила і норми;

CSQ — анкети задоволеності клієнтів;

DD — дистимічний розлад;

DSM-V — діагностичне та статистичне керівництво з психічних розладів 2013р. ;

FAD — несприятливе сімейне функціонування;

FSOC — сімейна колективна характеристика

HSCL — психологічний стрес;

ICD — типи розладів контролю імпульсів;

ID — інтелектуальна недієздатність;

IED — переривчастий вибуховий розлад;

IQ — рівень інтелекту;

LD — мовні розлади у дітей;

MP — розумова відсталість;

MDD — великий депресивний розлад;

ODD — опозиційний зухвалий розлад;

PCR1 — інвентаризація відносин між батьками та дітьми;

PBI — шкала, яка вимірює сприйняття батьками їх ставлення і поведінки по відношенню до своєї дитини;

RWD — розлад читання / письма; постійного струму, координація розвитку;

SAICA — напівструктуроване інтерв'ю про адаптивне функціонування для дітей дошкільного віку;

SLI — специфічні мовні порушення;

Well — слабше самопочуття.

ВСТУП

Актуальність та розробленість обраної теми. Рівень сучасного життя вимагає від нас швидкої адаптації до змін в ній. У той же час проблема дітей з дефіцитом уваги і гіперактивності заявляє про себе все виразніше. Нам потрібно постійно слідувати ритму життя, щоб швидко адаптуватися в ситуаціях, що створюються і вирішувати основні проблеми навчання. Є думка, що немає такої проблеми у дітей, яку не могли б вирішити дорослі. Головне, щоб у дорослих було бажання нею зайнятися. На жаль, в наш час нам дійсно доводиться зустрічатися з труднощами дітей, які мають такий розлад, як СДУГ.

Так, діти з СДУГ отримують менше прихильності / турботи і більше надмірного захисту і авторитарного контролю від своїх батьків. У них менш активні взаємодії з батьками, більш серйозні поведінкові проблеми вдома; і сприйняли менше підтримки сім'ї, ніж діти без СДУГ. Негативний вплив СДУГ на стиль виховання батька та взаємодію батьків та дитини дійсно існує.

Західна література документує порушення взаємодії батьків і дитини на додаток до переконливих доказів порушеної взаємодії матері та дитини у дітей з синдромом дефіциту уваги / гіперактивності (СДУГ). Незважаючи на це процес виховання батьками їх дітей та їх участь в сім'ї з дітьми з СДУГ залишаються недослідженими. Думка про те, що дітьми можливо проявлення неухважності і неспокій, не нова.

Методологічною основою втручання використано теоретико-методологічні дослідження таких вчених, як Л.С. Виготський, Л.Т. Журба і Є.М.Мастюкова, М.С. Певзнер, В.В. Ковальов, О.В. Халецька, А.В.Семенович та ін.; вчених: В. Дугласа, Д. Добсона, М. Деккера, Дж. Стівенсона, Дж. Ханта, Б. Купера; теоретичні уявлення про сутність і психологічні механізми СДУГ таких дослідників, як Н. Н. Заваденко, Ю. І.

Барашнева (1994) і О.М. Білоусова, І.П.Брязгунов, Є. Л. Григоренко, О. І. Маслова, О.В.Єфименко та ін.

Діти з СДУГ, як правило, вимагають більш високого рівня батьківського контролю, ніж зазвичай розвиваються діти, що може бути джерелом значного батьківського стресу. В умовах підвищеного батьківського стресу і конфліктів між батьками і дітьми позитивна взаємодія і загальні заняття/інтереси можуть бути ослаблені. Незважаючи на високу поширеність напруженості у відносинах між батьками та дітьми в сім'ях дітей з СДУГ, самі відносини рідко безпосередньо зачіпаються при втручанні.

Мета наукового дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично вивчити гіперактивність дітей дошкільного віку та особливості дитячо-батьківські відносини в сім'ях з гіперактивними дітьми. Вторинною метою було вивчення потенційних наслідків втручання для відносин між батьками та дітьми за допомогою розробленої нової коррекційної програми з елементами іртерактивної діяльності, коучінгу та пілотним техніко-економічним обґрунтуванням ефективності втручання у дитячо-батьківські відносини.

Завдання дослідження:

- 1) здійснити теоретичний аналіз загальної та спеціальної психолого-педагогічної літератури щодо висвітлення питань гіперактивності та дитячо-батьківських відносин в сім'ях з гіперактивними дітьми;
- 2) визначити та обґрунтувати критерії, показники та дати характеристику гіперактивності та дитячо-батьківським відносинам в сім'ях з гіперактивними дітьми;
- 3) експериментально перевірити шляхи оптимізації дитячо-батьківських відносин в сім'ях з гіперактивними дітьми пілотним техніко-економічним обґрунтуванням;
- 4) обґрунтувати ефективність шляхів оптимізації дитячо-батьківських відносин в сім'ях з гіперактивними дітьми.

Об'єкт дослідження - дитячо-батьківські відносини в сім'ях з гіперактивними дітьми.

Предмет дослідження - шляхи оптимізації дитячо-батьківських відносин в сім'ях з гіперактивними дітьми.

Методи дослідження. Для досягнення мети та вирішення поставлених завдань обрано такі методи дослідження: теоретичні (теоретико-методологічний аналіз, класифікація та систематизація наукових джерел, порівняння та узагальнення даних теоретичних та експериментальних досліджень), емпіричні (методи опитування, тестування, констатувальний та формувальний експеримент), методи обробки даних (узагальнення та систематизація якісних і кількісних даних емпіричного дослідження).

Комплекс психодіагностичних методик: Діагностика ґрунтувалася на звітах батьків і вчителів за стандартизованими рейтинговими шкалами, напівструктурованому діагностичному інтерв'ю з батьками, інтерв'ю з дитиною і тесті інтелекту. Рейтингові шкали включали Контрольний список поведінки дитини, форму оцінки вчителя/вихователя, Шкалу оцінки СДУГ та шкали оцінки Коннерса. Рейтингові шкали включали Контрольний список поведінки дитини, форму оцінки вчителя, Шкалу оцінки СДУГ та шкали оцінки Коннерса, анкети задоволеності клієнтів (CSQ) і опитування про прийнятність для батьків для оцінки доцільності втручання з точки зору батьків.

База експериментального дослідження. На базі закладу дошкільної освіти (ЗДО) № 48 м. Миколаєва Миколаївської області виконувалась дослідницько - експериментальна робота. У експерименті взяли участь 30 дітей віком до 6 років.

Теоретична та практична значущості. Систематизація існуючих теоретичних концепцій дитячо-батьківські відносини в сім'ях з гіперактивними дітьми. Проаналізовано особливості батьківського ставлення до дитини з гіперактивною поведінкою.

Апробації результатів дослідження. Матеріали дослідження висвітлені у тезах, статтях: «Особливості дитячо-батьківських відносин в сім'ях з гіперактивними дітьми» (XXIII Всеукраїнська щорічна науково-практична конференція «Могилянські читання - 2020: Досвід та тенденції розвитку суспільства в Україні: глобальний, національний та регіональний аспекти» тиждень науки з 16 по 20 листопада 2020 року), «Особливості дослідження дітей з СДУГ в сучасних українських сім'ях» (XI Міжнародна науково-практична конференція студентів, аспірантів та молодих вчених: «Молодь у сучасній психології: етнічна самосвідомість та міжетнічна взаємодія» 22-23 квітня 2021 р., Секція 3 Психологічні особливості міжособистісної взаємодії у різних соціокультурних умовах, Молодь у психології: етнічна самосвідомість та міжетнічна взаємодія, Розділ III. Психологічні особливості міжетнічної взаємодії у різних соціокультурних умовах), «Дитячо-батьківські відносини в сім'ях з гіперактивними дітьми» (фаховий науковий журнал «Габітус». Випуск 30, 2021 рік, журнал включено до категорії «Б» Переліку наукових фахових видань України), «Синдром дефіциту уваги та гіперактивності та значення коморбідних розладів у психосоціальному розвитку дітей» (XXIV Всеукраїнська щорічна науково-практична конференція «Могилянські читання – 2021: Досвід та тенденції розвитку суспільства в Україні: глобальний, національний та регіональний аспекти» з 8 по 12 листопада 2021 року). Три із них у співавторстві з науковим керівником к.психол.н., доцентом кафедри «Психологія» ЧНУ імені Петра Могили Васильєвою Ганною Вікторівною.

Структура кваліфікаційної роботи. Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел із 154 найменувань, 6 додатків. Основний зміст магістерської роботи викладено на 99 сторінках комп'ютерного набору, містить 12 таблиць і 7 рисунків. Повний обсяг роботи – 149 сторінок.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ДИТЯЧО-БАТЬКІВСЬКІ ВІДНОСИНИ В СІМ'ЯХ З ГІПЕРАКТИВНИМИ ДІТЬМИ

1.1. Поняття гіперактивності, її причини та специфіка проявів

Абревіатура СДУГ відноситься до синдрому дефіциту уваги і гіперактивності. Він характеризується підвищеною руховою активністю у дітей і їх проблемами, пов'язаними з концентрацією, імпульсивністю і наполегливістю. Вона часто супроводжується досить серйозними розладами поведінки і емоційною нестабільністю [5; 4; 116; 125; 126; 154].

По суті, СДУГ охоплює цілий спектр несправностей, які пов'язані на основі складних моделей, які часто лежать в основі віку дитини [43].

Надмірна активність, нездатність зосередитися, надмірна імпульсивність і відсутність достатньої мотивації для виконання завдання – всі ці умови пов'язані з СДУГ [8].

Ці розлади можуть створити соціальні труднощі для, таких як:

- нездатність слідувати вказівкам вчителя в дошкільному навчальному закладі, школі або центрі догляду;
- конфлікти з однолітками на дитячих майданчиках;
- проблеми з успішністю школи;
- нездатність залишатися спокійною, спокійною і сконцентрованою навіть протягом коротких періодів часу;

- небажання і нездатність виконувати самотійно (наприклад, домашнє завдання і т.д.) [57; 32].

У різних дітей можуть розвинутися різні симптоми СДУГ, або, вірніше, різні комбінації певних симптомів, які відносяться до різних типів СДУГ [9]. Деякі діти можуть проявляти як надмірну рухливість, так і ознаки розладу уваги, в той час як інші можуть бути дуже неуважними, але не надмірно активними. Як варіант, є досить імпульсивні і пустотливі діти, які можуть відмінно управляти складними завданнями, які вимагають уваги. Як би там не було, прибуття для правильного діагнозу неможливе без професійного спостереження та тестування (наприклад, МРТ або ЕЕГ) [18].

Згідно з медичною статистикою, зробленою в різних країнах, приблизний показник глобального виникнення СДУГ коливається від 1-3% до 24-28%. Якщо бути точніше, цей стан зачіпає близько 5% дітей у віці до 18 років, 3% підлітків і 6% дітей шкільного віку [26; 54; 95; 131].

Статистичні дані показують, що США і Україна стали рекордсменами в цьому сумному рейтингу. У США 4-20% дітей з діагнозом СДУГ, Україні – 7-16%, Китаї - 1-13%, Італії – 3-10%.

Розкид даних викликаний тим, що кожна країна використовує різні критерії і методи для прихід до остаточних цифр [48; 54].

Причини СДУГ ще не встановлені. Тим не менш, всі фахівці, що займаються проблемами, пов'язаними з СДУГ, поділяють уявлення про багатогранні причини його виникнення.

Існує 3 основні групи факторів, які, на думку вчених, сильно пов'язані з появою гіперактивності у дітей [17; 56; 8; 145].

1. Біологічні фактори.

Біологічні фактори, які можуть вплинути на розвиток СДУГ, мають церебрально-органічну природу, яка просто є дисфункцією нервової системи в ембріоні [29].

Основними факторами ризику церебрально-органічних розладів є:

- гіпоксія плода під час вагітності та пологів;

- ускладнення до і після пологів;
- передчасне і після зрілого народження дитини;
- пренатальна гіпотрофія;
- вагітність у дуже молодих (у віці до 20 років) або досить зрілих (40 років) жінок;
- материнство, уражене курінням, алкоголем або наркотиками.

2. Генетичні фактори

Вважається, що успадковані впливи сприяють приблизно 50% всіх випадків СДУГ [21].

3. Психосоціальні фактори

- низький соціальний статус сім'ї;
- небезпечне сімейне середовище з батьком-алкоголіком;
- інші сімейні труднощі, такі як батьківське насильство або подружні конфлікти [39; 113].

4. Фактори навколишнього середовища

Крім перерахованих вище ключових груп факторів, існують і інші елементи, що сприяють ризику розвитку СДУГ [35]. Вони включають навколишні екологічні ситуації та їх вплив на збалансоване харчування дитини. Таким чином, не можна дисконтувати такі додаткові фактори:

- недостатня кількість білків у щоденному раціоні дитини;
- переважання засвоюваних вуглеводів, особливо вранці;
- дефіцит вітамінів і мінералів (наприклад, дефіцит магнію, який був виявлений у 70% діагностованих дітей) [81].

Діагностика СДУГ заключена в наступних кроках:

1) Встановити правильний діагноз СДУГ у дитини може тільки кваліфікований фахівець, такий як психіатр або невролог [92; 128];

2) Інші фахівці, які беруть участь у навчальному процесі (вчителі, педагоги та психологи), можуть допомогти батькам, ретельно зробленими

зауваженнями та коментарями щодо поведінкових моделей дитини та їх пропозиції звернутися до фахівця [36].

Допомога невролога або психіатра включає в себе відповідне діагностичне тестування, яке підтримує правильний висновок і наступні варіанти лікування, які можуть включати участь інших фахівців, таких як мовний патологоанатом або психолог) [95; 105; 143].

Щодо симптомів гіперактивності.

Гіперактивність - це стан, коли рухова активність і збудження дитини перевищують загальноприйняті соціальні норми і стають не просто вираженням рис особистості, а створюють різні проблеми для малюка і його безпосереднього оточення.

Важливо розуміти, що основною причиною надмірної активності дитини є не погане виховання, а розлад її нервової системи через різні основні фактори, такі як гени і навіть втома. Дитина не винна в тому, що не в змозі контролювати неідеалістичні емоції і поведінку [19; 77; 148].

Що стосується дефіцит уваги.

Багато дослідників розглядають розлад дефіциту уваги як основний симптом СДУГ. Лівова частка дитячих проблем у школі та догляді за дітьми пов'язана з неуважністю.

Увага — це процес, який передбачає здатність концентруватися і залишатися зосередженим на чомусь протягом певного періоду часу, де тривалість варіюється в залежності від віку дитини [15]. До цієї категорії відносяться діти з проблемою дефіциту уваги, які не відповідають загальноприйнятим психологічним нормам [94].

Розлад дефіциту уваги — це несправність, що характеризується швидким переключенням уваги на нові зовнішні події або внутрішні процеси, такі як випадкові думки, емоції та асоціації.

Щодо імпульсивності доречно повідомити наступне.

Імпульсивність відноситься до схильності діяти спонтанно і бездумно у відповідь на життєві події. Імпульсивність дитини може бути виражена наступним:

- нездатність дочекатися закінчення інструкції вчителя і діяти швидко і достроково;
- бути не в змозі оцінити завдання правильно, не замислюючись над ним;
- нездатність передбачити наслідки власних дій, що призводить до потрапляння в часті неприємні і часто небезпечні ситуації;
- схильність підкорятися імпульсу до привернення уваги інших, що призводять до травматичних аварій, таких як травми, порізи, рани і т.д. [7].

Таких дітей часто називають безрозсудними, безвідповідальними і недбалими, але справжня причина криється далеко за цими рисами [64].

Основні відмінності між гіперактивністю і нормальною активністю пишемо далі.

Є деякі відмінні ознаки, які можуть сказати батькам, що їх дитина може мати ознаки СДУГ [40; 78; 88]. Намагайтеся бути більш спостережливими і подивитися, чи можна описати поведінку вашої дитини за такими характеристиками:

1. Бути більш активними, ніж інші однолітки: більш неспокійним і не в змозі триматися на місці навіть протягом короткого проміжку часу.
2. Маючи тенденцію бути непосидючим і локомотивом (з надмірними рухами, гойдалки в кріслі, спінінг і т.д.), включаючи розмовні звички, такі як бурмотіння.
3. Здається, легко відволікається під час виконання завдань, забудькуватих, неохайних і промахів речей.
4. Труднощі з прослуховуванням того, що сказано.

5. Легко втомлюватися при виконанні завдань, особливо тих, які вимагають терпіння і наполегливості. Нездатність робити їх самостійно і без участі батьків (або вчителів).

6. Нездатність виконати завдання, завжди робити речі наполовину, часта зміна розуму і втрата інтересу бездіяльності.

7. Видається дуже збудливим і відразливим; бути не в змозі триматися вниз і з тенденцією направляти свої або її емоції назовні.

8. Переривати мову інших і відповідати на питання, не замислюючись.

9. Виникли труднощі з очікуванням черги.

10. Нестримна поведінка і схильність до сварок і бійок з однолітками.

11. Здається, що вони мають неузгоджені рухи і високий ризик отримати травму.

12. Виявлення інших ознак девіантної поведінки, таких як не дотримання соціальних моделей, нездатність вести переговори і прийти до угоди (для дітей старше 4 років) [28].

Батьки повинні розглянути питання про звернення за зовнішньою допомогою в разі такого:

- вище симптоми тривають більше 6 місяців і перешкоджають дитині від соціальної інтеграції. Деякі здорові діти можуть мати тимчасові реактивні стани, схожі на гіперактивність. Тим не менш, ці стани різні і не є симптомами СДУГ, оскільки вони викликані хворобою або стресом і працюють протягом короткого періоду часу;
- існує певна послідовність у поведінці дитини незалежно від того, в якому середовищі вона знаходиться: незалежно від того, чи це школа, догляд за дітьми або дитячий майданчик – симптоми завжди присутні;
- у дитини виявляється більше однієї ознаки розладу. Наприклад, якщо завдання займає багато часу, ваша дитина ніколи не зможе закінчити

роботу. Крім того, він або вона не в змозі слідувати інструкціям на своєму класі гімнастики (що може бути пов'язано з нездатністю координувати рухи);

- ці симптоми створюють труднощі в повсякденному житті дитини, спілкуванні з оточуючими і навчанні, незважаючи на його, здавалося б, хороший рівень IQ;

- у вашої дитини розвинулася пара перерахованих вище поведінкових порушень у віці до 7 років;

- дитина не страждає від будь-якої іншої хвороби нервової системи або розладу розвитку. Іноді СДУГ плутають з іншими станами, такими як АНД (розлад спектру аутизму), тривожний розлад, викликаний психологічною травмою, ендокринними захворюваннями і навіть деякою формою епілепсії та шизофренії [5]. Тому абсолютно необхідно записатися на прийом фахівця, щоб встановити певний діагноз.

Деякі батьки вважають, що СДУГ не є хворобою і через короткий час вона пройде. На жаль, вони помиляються: з плином років може зникнути єдиний гіперактивний компонент [6; 18].

Хоча при досягненні підліткової гіперактивності часто сповільнюється, вона замінюється станом внутрішньої тривоги і неспокою, який зазвичай переростає в безвідповідальність, труднощі з самоорганізацією і суперечливою поведінкою [73; 147].

Оскільки догляд за дітьми СДУГ є складним і трудомістким переслідуванням, батьки часто відчують напругу і схильність до самозвинувачення [14]. Переконайтеся, що ви знайдете достатньо часу для себе - це необхідно для підзарядки батарей і пошуку сил, щоб продовжувати. Не забувайте про зустріч з друзями, турботу про власне здоров'я, заняття фізичними вправами і хороший нічний сон [12; 123].

Важливо отримати професійну допомогу від фахівців, що спеціалізуються на лікуванні СДУГ, таких як психіатр, невролог, психолог.

Небезпечне сімейне середовище і подружні конфлікти можуть створити додаткові труднощі і погіршити стан дитини [8]. Було помічено, що шанси на розлучення в сім'ях з СДУГ дитини в два рази вище в порівнянні з тими, хто не має такої проблеми. Це попередження для батьків, які повинні триматися разом і намагатися зберегти дружню атмосферу, що сприяє поліпшенню своєї дитини [64].

Теплий і домашній мікроклімат може бути досягнутий за допомогою терпіння і розсудливості. Крики або фізичне покарання тільки погіршать ситуацію і їх слід уникати будь-якою ціною [26].

Батькам необхідно розуміти, що їх дитина не в змозі слідувати якимось інструкціям через свою особливу нервову систему.

Пред'явивши надмірні вимоги до дитини, існує ризик звести її до нервового зриву і спровокувати додаткові проблеми зі здоров'ям. Коли дитина з СДУГ бореться зі складними завданнями — заохочувати, хвалити і проявляти свій інтерес з рівним тоном голосу [25; 139].

Обійми важливі для будь-якої дитини і необхідні для дітей СДУГ. Важливо пам'ятати про необхідність підкреслювати свою симпатію і будувати свій зв'язок з малюком, обіймаючись і погладжуючи, особливо в складних ситуаціях — коли він не може впоратися з емоціями або хвилюванням.

Розробка і дотримання повсякденної рутини допоможе успішній терапії [16; 118].

Звертати увагу на щоденне харчування дитини і створіть збалансовану дієту, де багаті білком продукти доповнюються фруктами і овочами (джерелами вітамінів і мінералів). Це допомагає максимізувати когнітивні функції дитини. Крім того обов'язковим є обмеження солодоців.

Допомагати дитині організувати свій життєвий і ігровий простір. Гіперактивність часто супроводжується безладом, а позбавлення від неї є важливим організаційним навиком [14; 71; 135].

Непогано купити багато різнокольорових ємностей, відзначити їх (для дошкільнят — картинками) і навчити малюка ставити речі на свої місця.

У зв'язку з тим, що СДУГ діти, як правило, забувають і втрачають речі, було б корисно записати свої плани, скласти списки, позначити все, що можна позначити, і створити нагадування і записки. Постарайтеся допомогти своїй дитині, перетворивши її в гру [82].

Загальний стан здоров'я дитини не менш важливий, ніж СДУГ-терапія. Не варто забувати і про профілактичні оздоровчі заходи, такі як імунізація, стоматологічні огляди і розвиток стійкості до холоду [12].

Якщо дитина підхопить інфекцію або застуду, це поставить під загрозу його лікування від СДУГ, і це, звичайно, не те, що ви обидва хочете мати на своєму шляху до повного одужання.

Вибираючи спортивну діяльність для гіперактивної дитини, уникати змагальних і командних видів спорту — через імпульсивність дитини з СДУГ і проблеми спілкування. Але плавання, катання на лижах, теніс, верхова їзда і танці будуть дуже хорошими і поліпшать загальний розвиток дитини.

Грати з дитиною в ігри, які спрямовані на навчання і розвиток уваги. Можливо знайти таку гру в книгах або в інтернеті [74].

Ефективне спілкування з іншими є обов'язковим для дитини СДУГ, і ваші щоденні зусилля з їх розвитку окупиться піками. Це включає в себе не тільки розмову, але і розуміння інших комунікативних засобів, таких як мова тіла і жести. Подумайте про читання казок і спроби їх виконати.

Старанно захищати розум вашої дитини від надмірного стресу. Уникати великих скупчень людей і масових публічних заходів, які можуть збільшити його або її тривогу і запобігти постійному відновленню.

Підбрати нові способи релаксації, щоб зняти емоційну і м'язову напругу, яку ваша дитина може накопичувати протягом дня. Це можуть бути спеціально підібрані вправи, ігри або експресивна терапія, яка є

вираженням уяви людини за допомогою творчих заходів, таких як малювання, живопис або глиняне моделювання [72; 156].

Усвідомлення того, що відбувається, дозволяє допомогти дитині швидше і ефективніше в разі, якщо він або вона потрапить в біду.

Важливо пам'ятати, що жоден фахівець і ніяке лікування не замінить батьківську любов і віру. Без щирої участі і самовідданості батьків шлях дитини до одужання буде вкрай важким.

Любіти своїх дітей такими, якими вони є, і вірте, що можна подолати труднощі.

1.1.1. Вплив СДУГ на життя людини, її сім'ї та громади від дошкільного до дорослого життя.

Синдром дефіциту уваги/гіперактивності (СДУГ) може вплинути на всі аспекти життя дитини [14]. Дійсно, це впливає не тільки на дитину, але і на батьків і братів і сестер, викликаючи порушення в сімейному і подружньому функціонуванні. Несприятливі наслідки СДУГ на дітей та їх сім'ї змінюються від дошкільних років до початкової школи та підліткового віку, при цьому різні аспекти розладу є більш помітними на різних стадіях. СДУГ може зберігатися в зрілому віці, викликаючи порушення як в професійному, так і в особистому житті. Крім того, СДУГ був пов'язаний зі збільшенням витрат на охорону здоров'я для пацієнтів та членів їх сімей [37; 112; 142].

Синдром дефіциту уваги / гіперактивності (СДУГ) є хронічним, виснажливим розладом, який може вплинути на багато аспектів життя людини, включаючи академічні труднощі, проблеми соціальних навичок, напружені відносини між батьками і дітьми. У той час як раніше вважалося, що діти в кінцевому підсумку переростають СДУГ, недавні дослідження показують, що 30-60% постраждалих осіб продовжують проявляти значні симптоми розладу в зрілому віці. Діти з розладом піддаються більшому ризику довгострокових негативних результатів, таких

як зниження освіти та досягнення зайнятості [46]. Життєво важливим фактором в ефективному лікуванні СДУГ є те, як розлад впливає на повсякденне життя дітей, молодих людей та їх сімей. Дійсно, недостатньо просто розглянути симптоми СДУГ під час шкільних годин - ретельне вивчення розладу повинно враховувати функціонування і благополуччя всієї родини [91; 150].

Коли діти з СДУГ стають старшими, те, як розлад впливає на них та їхні сім'ї, змінюється (Рис. 1.1). Основні труднощі у виконавчій функції, що спостерігаються в СДУГ призводять до іншої картини в подальшому житті, залежно від вимог, висунутих до індивіда навколишнім середовищем. Це залежить від сімейних і шкільних ресурсів, а також з віком, когнітивними здібностями та розумінням дитини або молодої людини. Середовище, яке чутливе до потреб людини з СДУГ і усвідомлює наслідки розладу, є життєво важливим. Оптимальне медичне та поведінкове управління спрямоване на підтримку людини СДУГ і дозволяє їм повністю досягти свого потенціалу, мінімізуючи несприятливі наслідки для себе і суспільства в цілому [27].

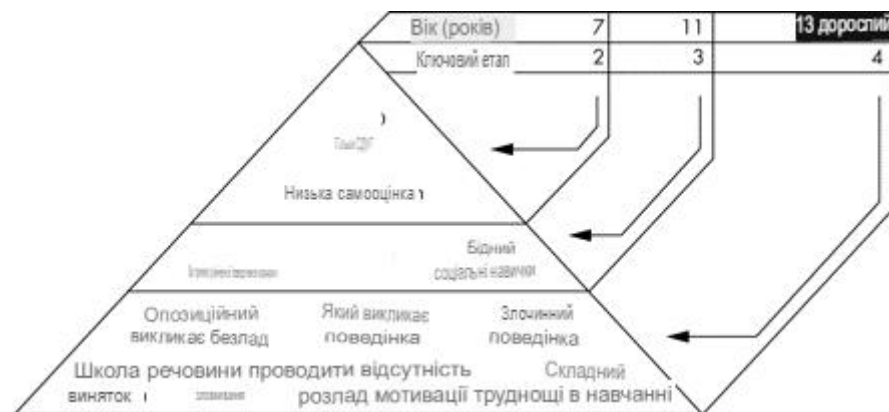


Рис. 1.1 Стадії СДУГ. Кьюлі G (1999)

Що стосується дітей дошкільного віку.

Погана концентрація, високий рівень активності, імпульсивність є частими характеристиками нормальних дітей дошкільного віку. Отже,

високий рівень нагляду є нормою. Незважаючи на це, діти з СДУГ все ще можуть виділятися [46]. У цій віковій групі часто незвично низька інтенсивність гри і надмірний руховий неспокій [34]. Пов'язані з цим труднощі, такі як затримка розвитку, опозиційна поведінка і погані соціальні навички, також можуть бути присутніми. Якщо СДУГ є можливістю, важливо запропонувати цільові поради та підтримку для батьків. Навіть на цьому ранньому етапі батьківський стрес може бути величезним, коли дитина не відповідає на звичайні батьківські прохання і поведінкові поради. Було показано, що цілеспрямована робота з дітьми дошкільного віку та їхніми опікунами є ефективною у покращенні взаємодії батьків з дітьми та зменшенні батьківського стресу. Корисний огляд наявних доказів і методів забезпечує Барклі [12].

Щодо початкових шкільних років.

Дитина початкової школи з СДУГ часто починає розглядатися як відрізняється, оскільки однокласники починають розвивати навички та зрілість, які дозволяють їм успішно навчатися в школі [17]. Хоча чутливий вчитель може бути в змозі адаптувати клас, щоб дозволити дитині з СДУГ досягти успіху, частіше дитина відчуває академічну невдачу, відмову однолітків і низьку самооцінку (Рис. 1.2). Супутні проблеми, такі як специфічні труднощі в навчанні, також можуть почати впливати на дитину, ще більше ускладнюючи діагностику та управління [29; 110].

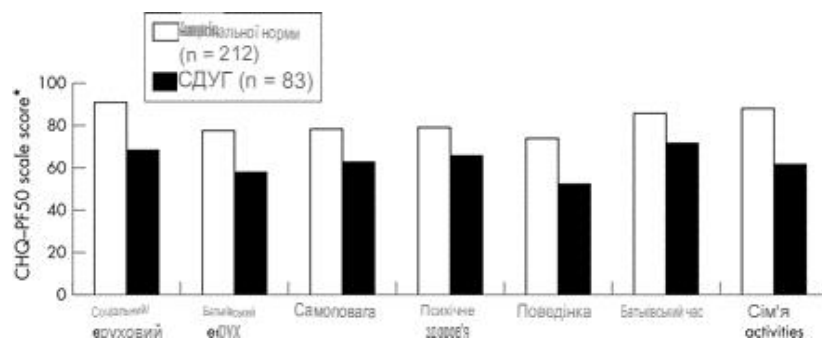


Рис. 1.2 Емоційне та сімейне функціонування у дітей з СДУГ у порівнянні з контролем

* Більш високі оцінки, що свідчать про більш високе функціонування. CHQ, Анкета здоров'я дитини.

Оцінка педагогічним психологом може допомогти розгадати сильні і труднощі навчання, а також порадити про необхідну підтримку в класі [8].

Часто труднощі вдома або на прогулянках з опікунами (наприклад, при здійсненні покупок, в парку або відвідування інших членів сім'ї) також стають більш очевидними в цьому віці. Батьки можуть виявити, що члени сім'ї відмовляються піклуватися про дитину, і що інші діти не запрошують їх на вечірки або на вечірки [5]. Багато дітей з СДУГ мають дуже поганий сон, і хоча вони, здається, не потребують багато сну, денна поведінка часто гірше, коли сон сильно впливає [10]. В результаті батьки мають мало часу на себе; Всякий раз, коли дитина прокидається, вона повинна спостерігати за ними. Не дивно, що сімейні стосунки можуть бути сильно напруженими, а в деяких випадках руйнуються, приносячи додаткові соціальні та фінансові труднощі. Це може призвести до того, що діти будуть сумувати або навіть проявляти опозиційну або агресивну поведінку [12].

Оцінити якість життя дитини, яка страждає СДУГ, складно. Поведінкові оцінки, як правило, проводяться батьками, вчителями або медичними працівниками, і, як правило, можна зробити висновок тільки про те, як дитина повинна відчувати себе [58]. Однак дані самооцінювання показують, що діти з СДУГ розглядають свою найбільш проблемну поведінку як менш під своїм контролем і більш поширеною, ніж діти без СДУГ [5]. Участь у шкільній групі підтримки медсестри була пов'язана зі збільшенням самооцінки у підлітків з СДУГ [97; 141].

Джонстон і Маш розглянули докази впливу народження дитини з СДУГ на функціонування сім'ї [38]. Вони прийшли до висновку, що присутність дитини з СДУГ призводить до збільшення ймовірності порушень

сімейного та сімейного функціонування, порушення відносин між батьками та дітьми, зниження ефективності батьківства та підвищення рівня батьківського стресу, особливо коли СДУГ є супутнім з проблемами поведінки [17].

Обмежена увага приділяється відносинам між братами і сестрами в сім'ях з дітьми СДУГ. Хоча повідомлялося, що брати і сестри дітей з СДУГ піддаються підвищеному ризику поведінки та емоційних розладів, Більш недавнє дослідження, що представляє розповіді братів і сестер про СДУГ, виявило порушення, викликані симптомами та поведінковими проявами СДУГ, як найбільш значущу проблему. Це порушення було пережити братами і сестрами трьома основними способами: віктимізації, догляду, а також смутку і втрати. Брати і сестри повідомили, що відчують себе жертвами агресивних дій своїх братів з СДУГ через відкрите фізичне насильство, словесну агресію, маніпуляції та контроль [11]. Крім того, брати і сестри повідомили, що батьки очікують, що вони будуть піклуватися і захищати своїх братів СДУГ через соціальну та емоційну незрілість, пов'язану з СДУГ. Крім того, в результаті симптомів СДУГ і, як наслідок, порушення, багато братів і сестер описували почуття тривоги, занепокоєння і смутку [39; 70].

Більш широке соціальне та сімейне функціонування було оцінено за допомогою анкети здоров'я дитини (CHQ), шкали результатів оцінки здоров'я батьків, яка вимірює фізичне та психосоціальне благополуччя[3]. Дослідження показали, що лікування СДУГ атомоксетином, новим не стимулятором для СДУГ, призвело до поліпшення сприйняття якості життя, з поліпшеннями, очевидними в соціальному та сімейному функціонуванні, а також у самооцінці[4]. Терміново необхідні подальші дослідження, що оцінюють поточну якість життя дитини та її сім'ї після мультимодального введення.

Підлітковий вік може призвести до зниження гіперактивності, яка часто настільки вражає у дітей молодшого віку, але неухважність,

імпульсивність і внутрішня неспокій залишаються серйозними труднощами [13]. Спотворене почуття себе і порушення нормального розвитку себе було повідомлено підлітками з СДУГ. Крім того, може розвинутися надмірно агресивна та антисоціальна поведінка, додаючи додаткові проблеми. Дослідження Дж.Едвардса та ін. обстежені підлітки з СДУГ і опозиційним зухвалим розладом (ODD), який визначається наявністю помітно зухвалої, неслухняної, провокаційної поведінки і відсутністю більш серйозних диссоціальних або агресивних дій, які порушують закон або права інших осіб. Ці підлітки оцінили себе як такі, що мають більше конфліктів між батьками та підлітками, ніж громадський контроль [44; 56]. Також повідомлялося про посилення батьківсько-підліткового конфлікту, коли батьки підлітків з СДУГ проводили рейтингову вправу. Крім того, опитування 11-15-річних дітей показало, що люди з гіперкінезом в два рази частіше, ніж загальне населення, мають «серйозну відсутність дружби» [15; 94].

Молоді люди з СДУГ піддаються підвищеному ризику академічної невдачі, відкидання школи або коледжу, підліткової вагітності та злочинної поведінки. Водіння створює додатковий ризик. Люди з СДУГ легко відволікаються від концентрації на водінні при повільному русі, але під час швидкої їзди також може бути небезпечно [50]. Було показано, що в порівнянні з віковими елементами управління, водії з СДУГ піддаються підвищеному ризику порушень правил дорожнього руху, особливо перевищення швидкості, і вважаються винними в більшій кількості дорожньо-транспортних пригод, включаючи смертельні (Рис. 1.3).

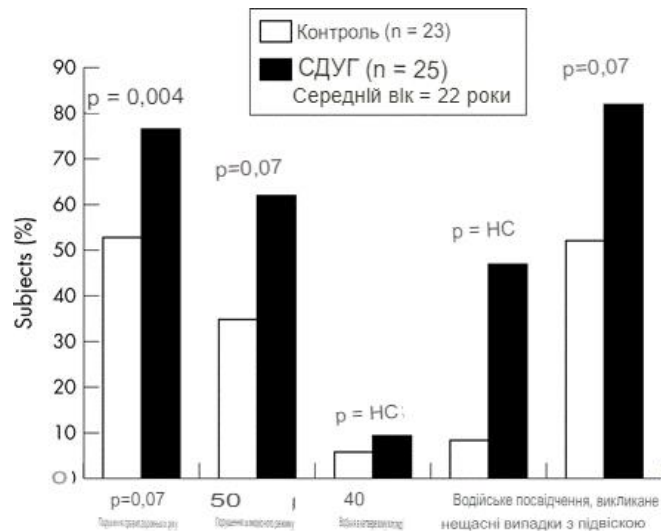


Рис. 1.3 Порушення, пов'язані з водінням, у молодих людей з СДУГ та контролем нервової системи, не суттєво. Дані з Барклі РА та ін.

Ризик таких подій ще більше зростає за рахунок наявності супутнього ODD [47]. Однак було висловлено припущення, що лікування може позитивно вплинути на навички водіння.

До 60% людей з симптомами СДУГ в дитинстві продовжують мати труднощі в дорослому житті [84]. Дорослі з СДУГ, швидше за все, будуть звільнені з роботи і часто намагалися ряд робочих місць, перш ніж мати можливість знайти той, на якому вони можуть досягти успіху. Вони, можливо, доведеться вибрати конкретні види роботи і часто є самозайнятими [64]. На робочому місці дорослі з СДУГ відчувають більше міжособистісних труднощів з роботодавцями та колегами. Подальші проблеми викликані запізненням, прогулами, надмірними помилками і нездатністю виконати очікувані навантаження. У домашніх умовах частіше зустрічаються труднощі у відносинах і розриви [66]. Ризик зловживання наркотиками та психоактивними речовинами значно збільшується у дорослих з симптомами СДУГ, які не отримували ліки. Генетичні аспекти СДУГ означають, що дорослі з СДУГ частіше мають дітей з СДУГ. Це, в свою чергу, викликає подальші проблеми, особливо тому, що на успіх батьківських програм для

батьків дітей з СДУГ сильно впливає наявність батьківського СДУГ. Таким чином, СДУГ у батьків і дітей може призвести до циклу труднощів [67; 119].

Супутні розлади можуть впливати на людей з СДУГ протягом усього життя. Підраховано, що принаймні 65% дітей з СДУГ мають один або кілька супутніх захворювань [83]. Зареєстрована частота деяких з найбільш частих супутніх захворювань показана на рисунку 1.4, з проблемами нейророзвитку, такими як дислексія та розлад координації розвитку, що є особливо поширеним явищем. Багато дітей з СДУГ також страждають від розладів тики (не пов'язані зі стимулюючими препаратами) [5]. Крім того, близько 60% дітей з синдромом Туретта відповідають критеріям СДУГ, розлад аутистичного спектру все частіше визнається з супутнім СДУГ. Спочатку надмірна гіперактивність може маскувати особливості розладу аутистичного спектру, поки дитина не отримає ліки. Розлад поведінки та ODD співіснують з СДУГ принаймні в 30%, а в деяких звітах до 90%, випадків [75]. Ці найбільш часто зустрічаються супутні захворювання можуть, однак, розглядатися більше як ускладнення СДУГ, з негаразди в їх психологічному середовищі, можливо, визначаючи, чи діти з групи ризику зробити перехід до антисоціальної поведінки [22; 137].

Дефіцит росту у дітей, які отримують стимулююче лікування СДУГ, вже давно є предметом наукової дискусії [17]. Суперечливі результати були повідомлені з деякими авторами, які вказують на те, що стимулятори дійсно впливають на зростання у дітей, але це відбувається тільки під час активної фази лікування і не ставить під загрозу кінцеву висоту.

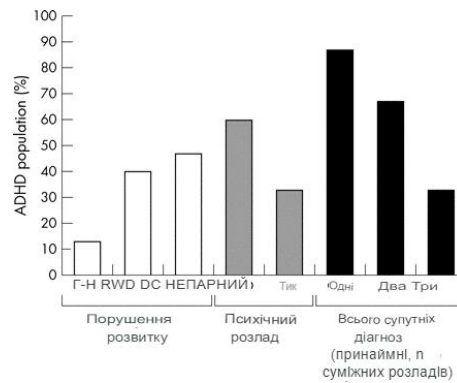


Рис. 1.4 СДУГ і супутня патологія у українських дітей шкільного віку. MP, розумова відсталість; RWD, розлад читання / письма; постійного струму, координація розвитку; ODD, опозиційний зухвалий безлад

Інші дослідження, однак, не знайшли жодних доказів того, що стимулятори впливають на зростання [4]. Разом узяті результати показують, що клініцисти повинні стежити за зростанням гіперактивних дітей, які отримують стимулятори, і розглянути зниження дози в окремих випадках, якщо відбудеться доказ придушення росту [39].

Інша часто цитована стурбованість з приводу лікування СДУГ стимулюючими препаратами полягає в тому, що це може призвести до наркоманії в подальшому житті [18]. Молоді люди з СДУГ за своєю природою імпульсивно приймають ризик, і є чіткі докази того, що необроблена СДУГ, особливо при супутньому розладі поведінки, пов'язана з три-чотириразовим збільшенням ризику зловживання психоактивними речовинами. На відміну від цього, пацієнти, які лікувалися стимуляторами, мають подібний ризик зловживання речовинами для контролю [20]. Таким чином, ці дані надають переконливі докази на користь ретельного лікування та підтримки молодих людей з СДУГ [1; 41].

Дані України свідчать про те, що вони збільшуються в порівнянні з віковим контролем. Дослідження травм дітей з СДУГ показало, що діти з СДУГ частіше травмуються як пішоходи або велосипедисти, ніж діти, які не страждають від СДУГ. Вони частіше отримували травми декількох областей

тіла, травми голови і були важко поранені [5; 19]. Було встановлено, що СДУГ є фактором ризику зловживання психоактивними речовинами і дослідження поширеності СДУГ серед наркоманів встановлено, що СДУГ був значно надмірно представлений серед стаціонарних хворих з розладом вживання психоактивних речовин. Збільшення використання медичних послуг також спостерігається у родичів людей з СДУГ. Дослідження показало, що прямі і непрямі медичні витрати були в два рази вище, ніж у членів сім'ї контрольної групи. Різниця в цих витратах була в першу чергу пов'язана з більш високою частотою проблем психічного здоров'я у членів сім'ї пацієнтів з СДУГ, що відображає підвищені стреси і вимоги життя з дорослим або дитиною з СДУГ. Дійсно, сімейний стрес, пов'язаний з СДУГ, був пов'язаний з підвищеним ризиком батьківської депресії та розладів, пов'язаних з алкоголем [67].

Важливо враховувати роль лікування СДУГ у зниженні ризику несприятливих наслідків у людини. Ряд досліджень про вплив лікування СДУГ на ризик зловживання психоактивними речовинами обнадійливо демонструють падіння ризику для нормальної популяції [87; 133].

Дитячий СДУГ не виключає високих освітніх і професійних досягнень (наприклад, ступінь магістра або медична кваліфікація). Однак СДУГ - це розлад, який може вплинути на всі аспекти життя дитини. Ретельна оцінка має першорядне значення, і якщо це демонструє значні порушення в результаті СДУГ, є чіткі докази того, що профілактика СДУГ повинна бути розпочата [54]. Поточне дослідження зосереджено в основному на короткочасному полегшенні основних симптомів, в основному протягом навчального дня. Це означає, що важливі часи дня, такі як ранній ранок перед дитячим навчальним закладом та вечір перед сном, часто не впливають на поточні режими втручання [19]. Це може негативно вплинути на функціонування дитини та сім'ї та не оптимізувати самооцінку та довгостроковий розвиток психічного здоров'я [49].

Крім того, висвітлення СДУГ у газетах та ЗМІ часто є негативним і стигматизуючим [13]. Докази потенційно серйозних труднощів для дитини, сім'ї, а в деяких випадках і для суспільства в цілому, означають, що скоординовані багатовідомі зусилля по підтримці дитини і сім'ї мають важливе значення. Крім того, медичні працівники, психологи, вчителі відіграють важливу роль у наданні збалансованої та підтримуючої інформації про СДУГ та задоволенні потреб постраждалих осіб та їхніх сімей [8].

1.1.2. СДУГ та значення коморбідних розладів у психосоціальному розвитку дітей та підлітків.

Синдром дефіциту уваги та гіперактивності (СДУГ), один з найпоширеніших розладів у дитинстві та підлітковому віці, а також у репродуктивному періоді, впливає на навчання, соціальні відносини та якість їхнього життя [5]. Існує сильна невропатологічна подібність між СДУГ та різними супутніми психічними захворюваннями [76]. СДУГ часто співіснує з порушеннями навчання і мови, розладами сну, імпульсивним контролем особистості і тривожними розладами, розумовою відсталістю, розладами, пов'язаними з вживанням психоактивних речовин, і розладами настрою, а також розладами аутистичного спектру і тиковими розладами. Перекриваються симптоми СДУГ та інших захворювань являють собою проблеми, але також настійно необхідні для того, щоб експерти були в змозі виявити і уточнити, щоб досягти правильного діагнозу і відповідного лікування. Вираз захворювання відповідно різниться в залежності від вікової групи і наявності супутніх захворювань. У шкільному віці симптоми СДУГ включають неухважність, гіперактивність і імпульсивність [1]. У підлітковому віці, в залежності від статі, гіперактивність знижується, але проблеми в навчанні і психопатологія залишаються. Тому рекомендується, коли СДУГ співіснує з іншими психопатологіями в дитинстві та підлітковому віці, щоб спочатку і безпосередньо лікувати найбільш ослаблений стан, щоб дитина

або підліток могли змінити перебіг свого психічного захворювання і поліпшити свою здатність функціонувати і спілкуватися. гіперактивність знижується, але проблеми з навчанням і психопатологія залишаються [49]. Тому рекомендується, коли СДУГ співіснує з іншими психопатологіями в дитинстві та підлітковому віці, щоб спочатку і безпосередньо лікувати найбільш ослаблений стан, щоб дитина або підліток могли змінити перебіг свого психічного захворювання і поліпшити свою здатність функціонувати і спілкуватися. гіперактивність знижується, але проблеми з навчанням і психопатологія залишаються [19]. Тому рекомендується, коли СДУГ співіснує з іншими психопатологіями в дитинстві та підлітковому віці, щоб спочатку і безпосередньо лікувати найбільш ослаблений стан, щоб дитина або підліток могли змінити перебіг свого психічного захворювання і поліпшити свою здатність функціонувати і спілкуватися [55].

СДУГ - одне з найбільш поширених поведінкових розладів і найбільш часте порушення психічного розвитку в дитинстві. Переважає думка, що СДУГ передається у спадок, визначається різними генетичними факторами і формується різними психічними і нейропсихологічними дисфункціями і недоліками [8]. За даними DSM-V, СДУГ разом з розладом поведінки та опозиційним розладом входить до категорії «розлади неухважності та деструктивної поведінки». Вперше вони діагностуються в дитинстві, дитинстві або підлітковому віці, а перші симптоми з'являються на третьому році життя [11]. Симптоми розрізняються в залежності від стадії розвитку і характеризуються віковою неухважністю, гіперактивністю і імпульсивністю. Симптоми стають більш очевидними в дитячому садку, а потім в початковій школі, в той час як в підлітковому віці гіперактивність знижується, але проблеми з навчанням і психопатологія все ще залишаються [8]. Підраховано, що відсоток дітей з СДУГ становить від 3% до 7% при співвідношенні хлопчиків і дівчаток від 3: 1 до 5: 1 [2]. Існує три підтипи СДУГ: комбінований, неухважний і гіперактивний / імпульсивний [3].

Основні симптоми СДУГ — це неуважність, гіперактивність і імпульсивність [8]. Ці симптоми характерні для багатьох дітей, але у дітей з СДУГ вони проявляються сильніше. Отже, умови, в яких легко справляються діти без розладу, створюють особливі труднощі у дітей з СДУГ. Існують відмінності в рівні розвитку дітей з СДУГ по осях: 1) концентрація уваги, 2) контроль активності і 3) контроль імпульсів [4].

Після спостереження за дітьми з СДУГ висока неуважність і гіперактивність були визначені як невід'ємна частина розладу в дитинстві [6]. Ці характеристики, поряд з імпульсивністю, більш очевидні в шкільному віці; факт, який заважає дітям адаптуватися до шкільного середовища і взаємодіяти зі своїми однолітками. Дитинство — період прояву поведінкових і психічних розладів [8; 9].

Симптоми СДУГ у дитинстві несуть відповідальність за запобігання розвитку якісних та кількісних соціальних взаємодій. Таким чином, існує складність у розвитку соціальних відносин, а спілкування з батьками також характеризується як проблемне [10]. Крім того, дисфункції спостерігаються і в інших сферах дитинства. Наприклад, діти стикаються з труднощами при веденні занять, що вимагають широкої і чіткої діяльності [11], вербальної і невербальної робочої пам'яті і розумових обчислень [12]. Вони не можуть розповідати історію, не володіють словесною побіжністю і правильним використанням аргументів, при цьому у них виникають труднощі в розробці, застосуванні і самоперевірці організаційних стратегій і саморегуляції своїх почуттів [13] (*Таблиця 1.1*).

Що стосується СДУГ у підлітків. У багатьох дітей з діагнозом СДУГ симптоми продовжують проявлятися в підлітковому віці на рівні 85%. Звичайно, ступінь гіперактивності знижується, але неуважність, імпульсивність і внутрішнє занепокоєння як і раніше залишаються, що призводить до зниження успішності в школі і посилення конфліктів з батьками і соціальним середовищем [14].

Поздовжнє дослідження близнюків [15] показало, що фактори, що впливають на прояв СДУГ в дитинстві і відповідальні за їх продовження в підлітковому віці, однакові. Більше того, інше дослідження показало, що 70-80% дітей з гіперактивними розладами також зберігають їх у підлітковому віці [16]. Що стосується прояву і розвитку гіперактивного синдрому в підлітковому віці, здається, що у 25%-45% гіперактивних підлітків спостерігається опозиційно-викликає розлад, а у 30%-58% шкільна успішність настільки низька, що їм доводиться повторювати клас [17].

Таблиця 1.1
Симптоми СДУГ в дитинстві

Неуважність	Гіперактивність	Імпульсивність
Сильна уважність за допомогою аудіовізуальних стимулів головний СДУГ	Соватися або соватися і не сидіти на місці	Імпульсивна відповідь до того, як питання буде завершено
Денний сон в класі	Вставати, навіть коли вони повинні сидіти	Дратуються, коли їм доводиться чекати своєї черги
Складно зосередитися на деталях	Постійно рухається і характеризується як неспокійний	Швидко або повільно
Зіткнення з труднощами в організації своєї діяльності або розкладі	Постійно рухається і характеризується як неспокійний	Переривання інших або чужих дій
Не повністю дотримуються інструкцій і часто не виконують домашні завдання.	Розмова в класі	
Часто забувають про свою повсякденну діяльність	Безрозсудна гра	
Часто забувають про свою повсякденну діяльність		
Здається, що не слухає, коли до нього звертаються		

Крім проблем з успішністю в школі, існують різні форми і прояви психопатології, що призводять до зловживання психоактивними речовинами в підлітковому віці [18]. Зазвичай багато підлітків, які відповідають критеріям СДУГ, ведуть антисоціальну поведінку і відчувають розчарування через те, що шкільне середовище їх відкидає.

З цієї причини великий відсоток підлітків з СДУГ характеризується низькою самооцінкою, що призводить до депресивних розладів [19; 20]. Дослідження, яке порівнює дівчат-підлітків з СДУГ з відповідною контрольною групою дівчат без розладів, показало, що крім значних відмінностей в когнітивних і керуючих функціях і труднощів в міжособистісних відносинах, розлад у постраждалих підлітків було пов'язано з історією усиновлення, жорстокого поводження і суворих правил виховання з сильним елементом критики і покарання з боку батьків [21; 127].

СДУГ зазвичай не проявляється ізольовано, але зазвичай супроводжується іншими розладами. Співіснування СДУГ з іншим розладом може в значній мірі вплинути на психосоціальний розвиток дітей, в той час як прогресування і лікування СДУГ стають більш складними. Супутні психічні захворювання часто зустрічаються у дітей з СДУГ, більшості з яких діагностовано як мінімум 1 супутнє захворювання [22; 23; 24]. Якщо СДУГ не лікувати належним чином, в школі, сім'ї та соціальному середовищі створюється безліч труднощів, що призводить до низької успішності в школі, тривозі, низької самооцінки, агресивної поведінки, порушення соціальних відносин і неприйняття з боку інших. Коморбідний ODD у дитинстві може призвести до вживання психоактивних речовин та антисоціальної злочинної поведінки у підлітковому віці [25]. Отже, мета цього дослідження полягала в тому, щоб вивчити спільне виникнення СДУГ, в результаті чого вчителі та медичні працівники, що працюють з дітьми та підлітками, прокинулися, щоб розпізнати приховану присутність СДУГ через психічні розлади. Існує 10 категорій коморбідних станів [26] (Рис. 1.5), які зазвичай діагностуються разом з СДУГ і проявляються у всьому діапазоні ступеня тяжкості. Причини, а також їх симптоми різноманітні і включають вплив токсинів навколишнього середовища на гени і перинатальний стан [27]. Що стосується підлітків та дорослих з ЛД та СДУГ, дослідження показали, що пацієнти мають постійні та унікальні характеристики, які проявляються по-різному, коли розвиваються зміни та вікові вимоги. Наприклад, підлітки зі

специфічними мовними порушеннями (SLI) більше схильні до ризику емоційних і поведінкових проблем у порівнянні зі своїми однолітками без СДУГ [28].



Рис. 1.5 СДУГ та супутні захворювання

Різні дослідження повідомляють про високу коморбідність серед дітей з СДУГ та нездатність до навчання. 15-50% цих порушень пов'язані з читанням, 24-60% з математикою, 25-50% усним мовленням і 20-51% письмовим словом[28]. Багато дослідників вивчали гіпотезу про те, що СДУГ та порушення навчання мають загальний причинний механізм. Цей механізм, здається, має неврологічний субстрат і значною мірою залежить від генетичних факторів [29]. Ця гіпотеза була заснована на дослідженні, яке виявило дефіцит загальних когнітивних механізмів, таких як швидкість обробки інформації, пам'ять, функція уваги та генетичні фактори, пов'язані з недбалою поведінкою при СДУГ [30; 31]. СДУГ впливає на виявлення, оцінку, лікування та вивчення мовних розладів у дітей (LD). Мовні та мовні розлади у людей з СДУГ коливаються від 8% до 90% і пов'язані з дефіцитом структурних елементів комунікації, таких як використання пунктуації та

фонології [32]. Що стосується підлітків та дорослих з ЛД та СДУГ, дослідження показали, що пацієнти мають постійні та унікальні характеристики, які проявляються по-різному, коли розвиваються зміни та вікові вимоги. Наприклад, підлітки зі специфічними мовними порушеннями (SLI) більше схильні до ризику емоційних і поведінкових проблем у порівнянні зі своїми однолітками без СДУГ [33].

Майже 3 з 4 дітей страждають порушеннями сну. Ці розлади пов'язані з порушеннями циркадного ритму, обструктивним апное уві сні, порушенням рухів периферичних кінцівок і синдромом неспокійних ніг [34]. Синдром неспокійних ніг - це руховий розлад, що характеризується мимовільним рухом ніг, яке часто зустрічається і в інших частинах тіла. Порушення циркадного ритму пов'язані з проблемами часу, коли людина спить і не спить, викликаними змінами системи добового ритму і зовнішнього середовища. Обструктивне апное уві сні характеризується частковою або повною обструкцією верхніх дихальних шляхів, що призводить до порушення сну. Хропіння в анамнезі або можливе обструктивне апное уві сні в дитинстві пов'язані з подвійною ймовірністю діагнозу або симптомів СДУГ у дорослому віці [35]. Вищезазначені порушення сну можуть призвести до значних функціональних розладів, що впливають на настрій, увагу, поведінку, успішність у школі і, нарешті, якість життя [36]. У постраждалої людини порушення сну можуть призвести до обмеження або фрагментації сну і можуть призвести до надмірної втоми протягом дня, а також вплинути на настрій, увагу, поведінку і фізичне здоров'я, які мають вирішальне значення для успішності в школі / роботі і якості життя. Більш того, в той час як дорослі можуть здаватися втомленими, коли вони не сплять, втома у дітей часто проявляється надмірними симптомами СДУГ: гіперактивністю-імпульсивністю, а іноді навіть агресивністю [34; 136].

Що стосується розладів особистості контролю над імпульсами. Існує п'ять типів розладів контролю імпульсів (ICD): Опозиційний розлад (ODD), антисоціальний розлад особистості (APD), розлад поведінки (CD), прикордонний розлад особистості (BPD) та переривчастий вибуховий розлад (IED) [26]. ODD характеризується патерном заперечення, непослуху і ворожої поведінки по відношенню до батьків, вчителів та інших дорослих. Опозиційна поведінка-нормальна частина розвитку дітей в ранньому дитинстві і підлітковому віці. Однак ворожа поведінка плутає, коли вона особливо часто зустрічається і стає виразною в порівнянні з дітьми того ж рівня розвитку, і коли вона впливає на соціальне, сімейне та академічне життя дитини чи підлітка. Симптоми ODD можуть включати в себе: надмірні суперечки з дорослими, часто образливість або роздратування на інших, звинувачення інших у своїх помилках або поганій поведінці, часті істерики, злісне ставлення і прагнення до помсти, грубі і ненависні розмови в засмученому стані і активна непокоря і відмова дотримуватися вимог і правил дорослих. [37]. ODD показує високу захворюваність і дисфункцію зі значними наслідками для майбутнього, якщо не лікувати на ранній стадії [38]. Більш того, у дітей з СДУГ збільшуються можливості розвитку APD в більш пізньому віці. Люди APD не дотримуються правил суспільства і не поважають права інших. Люди з таким типом особистості можуть брати участь у злочинній діяльності [39]. ПРЛ - дуже поширений коморбідний розлад СДУГ. Збіг симптомів між СДУГ і ПРЛ у дорослих включає імпульсивність, емоційну дисрегуляцію і порушення міжособистісних відносин, що ускладнює диференціальну діагностику. ПРЛ зачіпає 1,6% населення в цілому, в той час як 14% дітей з СДУГ пізніше будуть діагностовані з ПРЛ [40]. Поширеність розладів особистості, що керують імпульсами, у дівчаток становить майже половину, і ці розлади часто є основною причиною направлення хлопчиків на обстеження. Дівчата в підлітковому віці більш схильні ставати неспокійними, депресивними і соціально замкнутими при високій сексуальній активності[41]. СВУ-менш

відомий психічний розлад, що характеризується епізодами незрозумілого гніву. Це зазвичай описується як «впадати в лють без причини». Підраховано, що від 1% до 7% людей матимуть у своєму житті періодичний вибуховий розлад [39]. СВУ відображає повторювані дії імпульсивно-агресивних вибухів (словесних або фізичних проти людей, тварин або предметів), які явно непропорційні даній ситуації [42]. СДУГ-це екстравертний розлад, якому приділяється підвищена увага в дослідженнях злочинності серед неповнолітніх. Діти з СДУГ представляють підвищений ризик залучення до злочинних дій, тоді як 26-30% вибірок неповнолітніх, що утримуються під вартою, показують підвищений відсоток поширеності СДУГ[43; 144].

Тривожні розлади як у дітей, так і у підлітків входять до числа розладів, найбільш часто зустрічаються з [44]. Існує 5 типів тривожних розладів: генералізований тривожний розлад(ГТР), соціальна і специфічна фобія (СП), obsесивно-компульсивний розлад (ОКР), панічний розлад і агорафобія [26]. СДУГ і тривожні розлади мають загальні нейробіологічні дисфункції, але також мають різні нейробіологічні відхилення, що дозволяють припустити, що це різні діагнози. У таких пацієнтів менше можливостей отримати користь тільки за допомогою стратегій когнітивно-поведінкової терапії, і вони частіше потребують додаткових ліків [45]. Зазвичай людина з СДУГ страждає в середньому приблизно 9 симптомами тривоги, але вони зазвичай не піддаються офіційному діагнозу. Таким чином, у багатьох людей не діагностується тривога, і вони не отримують належного лікування. Крім того, у людей з СДУГ є страхи, засновані на реальних подіях в їхньому житті. Люди з СДУГ не впевнені в своїх здібностях, зазвичай непослідовні і відчувають, що не можуть впоратися зі школою або в різних соціальних групах. Тому природно жити в стані сильного стресу і страху, при цьому не обов'язково проявляючи стресовий розлад. Що стосується підліткового віку, то реактивна і антиконвентарна поведінка супроводжується наслідками. Жінки з СДУГ часто відчувають почуття сорому, згадуючи свою поведінку в підлітковому віці [46].

Інтелектуальна інвалідність (ID) характеризується дефіцитом інтелектуальних здібностей, що впливають на інтелектуальне функціонування та адаптивне функціонування [47].

Інтелектуальне функціонування оцінюється за допомогою тестів, що проводяться лікарем, і стандартних тестів. Повномасштабний IQ від 70 до 75 показує значне обмеження інтелектуального функціонування. Про клінічну картину і причини СДУГ у дітей з розумовою відсталістю (ID) відомо небагато через те, що люди з більш низькими когнітивними здібностями (показник $IQ < 70$) часто виключаються з досліджень СДУГ. Дослідження показали, що СДУГ частіше проявляється у цих дітей, але його не можна діагностувати, тому що основні симптоми СДУГ залишаються в тіні. Клініцисти схильні ігнорувати супутні захворювання після постановки діагнозу in [48; 140].

Підлітки з розладами, пов'язаними з вживанням психоактивних речовин, і синдромом дефіциту уваги / гіперактивності (СДУГ) все частіше зустрічаються в клінічній практиці. Зокрема, в недавньому дослідженні 23% молодих людей, які вживають психоактивні речовини, які звертаються за лікуванням, також страждали СДУГ [49]. Було виявлено, що діти з СДУГ піддаються підвищеному ризику SUD. Було доведено, що ризик SUD вдвічі вище серед людей з СДУГ і в чотири рази вище серед людей з СДУГ і коморбідним розладом поведінки [50]. Більш того, дівчата-Підлітки з діагнозом СДУГ більшою мірою, ніж чоловіки, залучені в «ризиковану» поведінку, таку як зловживання психоактивними речовинами [41].

У контексті характеристик СДУГ дитина росте в умовах шкільної неуспішності, неприйняття однолітками і критики з боку членів сім'ї, і, отже, природним наслідком цього є розвиток розладу настрою [51]. До розладів настрою належать: великий депресивний розлад (MDD), біполярний розлад (BD), дистимічний розлад (DD) та циклотимічний розлад (CD) [52]. DD можна охарактеризувати як хронічну депресію низької інтенсивності зі стійкою дратівливістю і, часто, із заниженою самооцінкою. БДР — більш

важка форма депресії, яка може проявлятися у дітей з СДУГ і навіть частіше у дорослих. СДУГ у дитинстві є прогностичним фактором розвитку БДР у дорослому віці[53]. DD і MDD зазвичай розвиваються через кілька років після того, як дитині було поставлено діагноз СДУГ, і, якщо їх не лікувати, вони можуть погіршитися з часом. BD — це важкий розлад настрою, який, як нещодавно з'ясувалося, проявляється у дітей. На відміну від дорослих, діти з БД є більш складним розладом з екстремальною емоційною нестабільністю, поведінковими труднощами та соціальними проблемами. BD важко діагностувати у дітей з СДУГ, тому що симптоми цих двох розладів багато в чому схожі [54]. Дослідження та клінічний досвід показують, що дівчата-Підлітки та жінки репродуктивного віку, які страждають на СДУГ, мають високий відсоток співіснування тривожності та депресії, які легше діагностувати у зв'язку з основним СДУГ. Схоже, що схильність жінок засвоювати симптоми і йти від суспільства допомагає диференціальній діагностики симптомів неухважності. У порівнянні з хлопчиками-підлітками, дівчата з СДУГ повідомляють про більшу тривогу, більшу агонію, більше симптомів депресії та зовнішній контрольний локус. З'ясувалося, що вони ризикують отримати більше психічних розладів. У Національному дослідженні було виявлено, що 14% дівчат-підлітків з СДУГ отримували лікування антидепресантами до лікування СДУГ у порівнянні з лише 5% хлопчиків з СДУГ [41; 129; 153].

Дублюючі тики визначаються як повторювані, раптові, швидкі, неритмічні м'язові рухи, включаючи звуки або голоси. Синдром Туретта діагностується, коли у людей спостерігаються як моторні, так і вокальні тики більше 1 року. Тики лікують тільки тоді, коли вони заважають діяльності або самооцінці дітей. Лікування може включати поведінкове втручання при тиках і прийом антипсихотичних препаратів. Виразність тиків дуже різна. Вони спостерігаються приблизно у 20% дітей, більшості з яких не був поставлений діагноз. Синдром Туретта, найбільш важкий тип, зустрічається у

3-8 з 1000 дітей. Співвідношення чоловіків і жінок у підлітковому віці становить 3: 1[55].

Цей шаблон був розроблений для двох філій. Недавнє дослідження показало високий відсоток супутніх захворювань СДУГ і розладів аутистичного спектру (РАС), А також труднощі, пов'язані з диференціальною діагностикою. СДУГ і РАС - найскладніші розлади розвитку, які складно відрізнити один від одного [5]. За даними DSM-5, діагноз СДУГ може виключити діагноз РАС і навпаки, але СДУГ, а також розлади спектру аутизму (РАС), основним представником яких є аутизм, мають багато загальних характеристик, таких як дефіцит уваги, гіперактивність та недостатність навички спілкування. Діти з СДУГ стикаються з труднощами в соціалізації, а діти з РАС — з труднощами в підтримці уваги і самоконтролю [30]. Однак існують клінічні картини дітей, які не повністю підтверджуються діагностичними критеріями СДУГ або РАС. Дійсно, через співіснування симптомів дефіциту уваги, гіперактивності та соціальних відхилень існує страх і можливість того, що дітям з РАС буде помилково поставлений діагноз СДУГ, і, таким чином, лікування їх аутизму може бути значно відкладено. [59]. В ході різних досліджень ми виявили, що епідеміологічні дані, що стосуються коморбідності СДУГ і РАС, різняться в залежності від дослідження. Одне дослідження показало, що 20-50% дітей з СДУГ також відповідають критеріям РАС, в той час як 30-80% дітей з РАС відповідають критеріям СДУГ, в той час як інше виявило, що діти з СДУГ мають більш високий відсоток симптомів аутизму порівняно з дітьми, що розвиваються та дітьми з психічними розладами [57]. Дійсно, недавні дослідження з участю близнюків і сімей показали, що ці порушення пов'язані з одними і тими ж генетичними факторами. СДУГ і аутизм мають однакове положення в хромосомі 16p13, виникають через дисфункцію загальних областей мозку і мають загальний генетичний фон.

Отже, у дитини з РАС і СДУГ має бути більше симптомів СДУГ[58;60;134; 146].

1.2. Поняття дитячо-батьківських відносин і їх характеристики

Відносини між батьками є найбільш міцними і значущими. Кожна дитина бачить світ спочатку очима своїх батьків, а потім формує своє власне сприйняття [15]. Їхні стосунки з батьками є відображенням їхнього щастя, здорового розвитку та здоров'я. Як батько, ми несемо відповідальність за розвиток міцного сімейного зв'язку і надихнути наших дітей рости розумними і розумними дорослими [63; 89].

Те, як дитина поводить себе і їх маньєризм, більше відображає своїх батьків, ніж власне я. Вони дивляться на своїх батьків і приймають від них всю поведінку, звички, ставлення і думки. Існує унікальний зв'язок між вихователем і дитиною, який незрозуміло буквально [25; 152].

Динаміка залишається однаковою як для біологічних, так і для прийомних батьків. І обидва повинні бути фізично, емоційно і соціально взаємодіють з дітьми. Психологічно відносини між батьками дитини визначаються найбільш важливими для дитини для розвитку і зростання [89].

Багато психологів дали теорії про відносини з батьками дітей, і всі вони сприяли розумінню і наслідкам різних основних факторів.

1. З. Фрейд вважав, що дорослий розвиток багато в чому визначається відносинами, які діти поділяють зі своїми батьками. Фрейд вважав, що якщо дівчина бореться в інтимних стосунках, це тому, що у неї не було здорових відносин з батьком [24].

2. Е. Еріксон вважав, що якщо вихователі задовольняють потреби дитини, ці діти перетворюються на довірливих дорослих. Але ті, чий основні потреби ігноруються доглядачами, вони розвивають недовіру до майбутніх стосунків, як дорослі [31].

3. Деякі теорії припускають, що батько є вчителем, і те, як ми пов'язані і взаємодіємо з нашими дітьми, допомагає їм розвивати своє бачення і поведінку далі.

4. Крім того виділяють батьків як моделей, які демонструють поведінку, яку діти легко копіюють. Чим більше батьки виявляють тепло і люблять, тим більше ці емоції прищепляються дітям [14; 15].

Різні типи дочірніх батьківських зв'язків на основі батьківських атрибутів:

Існують різні зв'язки вкладень, які базуються на стилях виховання. Є в основному 4 категорії прихильності, які визначають, як поведуться дорослі і як діти вчаться і приймають цю поведінку. Найсильніший вид кріплення є безпечним. Як батько опікуна реагує на дитину, можна вивчити за такими нижче категоріями прихильності:

1 — Безпечні відносини:

Безпечні відносини є найсильнішим типом прихильності. Дитина тут відчуває, що вона може залежати від батьків провайдерів для всього. Дитина забезпечена батьківською підтримкою, коли вона потребує [15]. Дитина знає, чого очікувати. Деякі ознаки безпечних відносин:

- Безпечна дитина добре поводить себе і добре грає з іншими дітьми свого віку.
- Вони можуть мати тривогу розлуки, але можуть бути легко втішені відомим дорослим.
- Дитина в основному щаслива і залишається грайливою.
- Дитина любить проводити час під денним доглядом у школі і знає, що про неї подбають

Те, як дорослі побудували безпечні відносини, залежить від ряду факторів [15]. Дорослі в основному послідовні, коли вони взаємодіють з дитиною. Вони відповідають на потреби дитини в фіксованому порядку. Батьки негайно реагують на позиви любові, їжі, страху і природних закликів.

Дитина знає, що їй негайно відреагують, щоб не було метушні або істерики[7].

Дитина в безпечних відносинах починає довіряти дорослим, які відомі і введені батьками. Як і вчителі та опікуни в школі, соціальному колі та інших провайдерів [49]. Ця дитина впевнена, що її потреби будуть задоволені. Ця віра змушує дитину пізнавати нове і досліджувати навколо [23; 109; 151].

2 — Уникнені відносини:

Така прихильність не є безпечною, і діти тут знають, що вони не можуть бути залежними від своїх батьків або опікунів для своїх потреб [15]. Ці діти починають піклуватися про себе, оскільки вони не можуть бути залежними від батьків.

- Уникнені стосунки роблять дітей занадто незалежними.
- Вони не звертаються за допомогою, але легко розчаровуються.
- Їм може бути важко грати з іншими дітьми свого віку.
- Іноді вони можуть бути агресивними.
- Ці діти мають багато шкідливих звичок, таких як кусати, кричати, штовхати і бити, є спільними з цими дітьми.
- Ці діти не мають міцних зв'язків зі своїми опікунами.
- Вони байдужі до тривоги розлуки і абсолютно безкорисливі, коли повертаються.
- Вони намагаються піклуватися про себе.

Такі батьки-уникали не відразу реагують на дітей. Вони не відвідують прагнення своєї дитини до голоду, страху або навіть радості [60]. Дитина вчиться піклуватися про власні потреби

3 — Амбівалентні відносини:

Амбівалентність - це ще один спосіб, коли дитина небезпечно прив'язана до своїх батьків [30]. Ці діти знають, що тільки іноді їхні потреби будуть задоволені. Вони просто намагаються привернути увагу, повторюючи ту ж поведінку, яка змусила їхніх батьків піклуватися про свої потреби. Вони

постійно потребують того ж безпечного почуття, яке вони отримують лише іноді.

- Ці діти часто чіпляються
- Вони здаються дуже емоційними і вразливими.
- Вони намагаються діяти незріло, щоб привернути увагу.
- Ці діти часто плачуть, легко розчаровуються і люблять бути

в центрі уваги.

- Ці діти кріпляться до всіх протягом короткого періоду часу
- Ці діти мають дуже сильну тривогу розлуки

Батьки не виявляють послідовної поведінки в амбівалентних відносинах. Їх лікування змінюється кожен раз, і дитина спантеличена тим, чого очікувати.

4 — Дезорганізовані відносини:

Дезорганізовані стосунки змушують дітей не знати, чого очікувати з точки зору лікування від батьків [5]. Там не встановлено шаблон, так що ці діти постійно шукають уваги. Ці діти дізнаються, що на певні вчинки, якою буде реакція їхніх батьків, і схильні часто повторювати їх [18].

- Ці діти роблять безглузді речі
- Вони погано володіють мовою і надзвичайно імпульсивні.
- Вони не розуміють почуттів інших дітей.
- Вони, як правило, діють страшно і заплутано прикидатися

грою

- Дезорганізованих дітей дуже важко інтерпретувати, оскільки вони відрізняються з дня на день [24].

Батьки рідко реагують на потреби своєї дитини навіть на дитячому етапі. А інші часи, коли вони реагують на свою поведінку, не вписуються. Вони частіше зустрічаються серед батьків, які страждають депресією або зневагою.

Типи стилів виховання:

Стилі виховання також відіграють дуже важливу роль у визначенні того, як сформульовані відносини батьків дитини. Є чотири більш широкі типи стилів виховання, і їх вплив величезний на їх відносини з дітьми [37].

1 — Авторитарні батьки:

Тут батьки вимогливі, але не реагують. Вони закладають правила струн і є жорсткими для них. Вони очікують від своїх дітей абсолютної слухняності, не ставте під сумнів. Вони є суворими дисциплінованими [68].

2 — Авторитетні батьки:

Авторитетні батьки виявляють повагу до думки своїх дітей. Ці батьки вимогливі і чуйні. Вони тверді, але дисциплінують любов'ю і любов'ю, а не силою [68].

3 — Дозвільні або поблажливі батьки:

Дозвільні батьки погано контролюють поведінку своїх дітей. Це чуйні батьки, але не особливо вимогливі. У них дуже мало очікувань від своїх дітей, і вони нав'язують мало дисципліни. Багато розвороту ролей розглядається як порожні загрози без будь-яких обмежень.

4 — Відсторонених батьків:

Окремі батьки не є ні чуйними, ні вимогливими. Вони або недбалі, або занадто не знають про потребу дитини в любові, любові і дисципліні.

Залежно від вищесказаного відносини між дитиною і батьком можуть бути гнучкими або адаптивними, пов'язаними, мати відповідні межі, відкрите спілкування і дисципліну [44].

Фактори, які впливають на батьківські стосунки дитини, включають:

1. Історія зв'язків.
2. Структура сім'ї.
3. Соціальна підтримка.
4. Емоційні змінні.
5. Темперамент батьків.
6. Батьки в дитинстві.
7. Освіта.

8. Інтелектуальні здібності.
9. Культура і традиції.

Наведена вище компіляція про типи батьківських відносин дитини та їх деталі допоможуть вам зрозуміти, як батьківські стилі та атрибути впливають на загальний стан здоров'я та розвиток дитини [27]. Не будьте занадто покірними і не дисциплінуюте дитину. Знайдіть баланс і будьте послідовними, оскільки краще і здоровіше зв'язок між батьком і дитиною, більше переваг для розвитку дитина користується [15; 37].

1.2.1. Психологічні особливості дитячо-батьківських відносин в сім'ях з гіперактивними дітьми.

Відносини між дитиною і його або її батьками мають величезне значення[5]. Батьки забезпечують керівництво, емоційну і фінансову підтримку і виступають в якості зразків для наслідування, щоб направляти дітей у міру їх дорослішання [52]. Батьки грають ключову роль у розвитку дитини, і в міру того, як діти розвивають своє власне почуття незалежності, конфлікти між батьками і дітьми можуть посилюватися [38]. Ці конфлікти можуть посилюватися наявністю таких розладів, як синдром дефіциту уваги / гіперактивності (СДУГ), коли діти можуть іноді являти собою особливо складну ситуацію [38; 85]. У той час як батьківське виховання може бути надзвичайно корисним для батьків дітей при СДУГ це також може бути неприємно, так як в цій популяції присутній ряд поведінкових проблем [27]. Зокрема, ці діти можуть демонструвати поведінка, яку інші діти можуть не демонструвати, і це може призвести до посилення стресу в відносинах між батьками і дітьми [47].

Взагалі кажучи, СДУГ пов'язаний з цілим рядом негативних наслідків, таких як проблеми з однолітками або труднощі в навчанні [3], а також з більшою ймовірністю наявності супутніх проблем з психічним здоров'ям [15] СДУГ зазвичай поєднується з іншими розладами, такими як тривожні

розлади, депресивні розлади, опозиційний викликає розлад (ODD), розлад поведінки (CD) і специфічні розлади навчання [21].

Особливий інтерес для поточного проекту представляє зросле наявність поведінкових проблем, у тому числі ODD і CD.

CD класифікується в DSM-5 як часта і постійна модель поведінки, при якій порушуються соціальні правила і норми [21]. Проблемна поведінка підрозділяється на чотири категорії: агресія по відношенню до людей і тваринам, знищення майна, обман або крадіжка і серйозні порушення правил [21]. Навпаки, ОДД- це розлад, який класифікується за частим і постійним характеру сердитого або дратівливого настрою, спірного або зухвалої поведінки і мстивості [21].

Вважається, що ОДД розвивається в результаті складних характеристик дитини в ранньому віці в поєднанні з дисфункцією в сім'ї [26]. У порівнянні з CD, симптоми якого, як правило, є прихованими і деструктивними, симптоми ODD в значній мірі явні та неруйнівні [39].

Добре відомий підвищений ризик розвитку проблем з поведінкою в підлітковому та дорослому віці у дітей з СДУГ [25]. Дійсно, у дітей з СДУГ до 11 разів частіше діагностується ОДД або БК, ніж у дітей без СДУГ [18]. Оцінка про поширеність порушень поведінки у дітей з СДУГ коливається від 40 до 70% [34] і саме по собі наявність СДУГ у дітей може спровокувати нетипово ранній початок як для ODD, так і для CD [62]. Проте недавні дослідження показали, що ризик розвитку проблем з поведінкою у дітей з СДУГ може бути пом'якшений позитивними відносинами з батьками [37].

Відносини між батьками та дітьми з СДУГ. Наявність позитивних відносин принаймні з одним батьком або опікуном впливає на здоровий розвиток дитини [18]. Прихильність, особливо позитивна прихильність, була пов'язана з рядом позитивних результатів для дітей, у тому числі пов'язаних з емоційними [15], соціальними [26], і, що найбільш важливо для поточного дослідження, поведінкові результати. Наприклад, С. Айерс та ін. (1999) виявили, що у групі молодих правопорушників ті, хто в кінцевому підсумку

припинив вчиняти правопорушення, мали більш позитивну прихильність до своїх батьків. В іншому дослідженні, в якому вивчалися діти, схильні до гніву, більш сильна прихильність була пов'язано з поліпшенням відповідності, більшою самовпевненістю і більш активною поведінкою, що вимагає допомоги [18].

Нарешті, недавнє дослідження, проведене О. Якобсеном та ін. (2012), показало, що діти з ранніми ознаками тривоги і депресії, у яких була позитивна прихильність до своїх батьків, мали менший ризик виникнення тривоги і депресії в більш пізньому віці [15].

При розгляді взаємодії батьків зі своїми дітьми важлива сила відносин між батьком і дитиною [21]. Однак, враховуючи потенційні відмінності у відносинах мати-дитина і батько-дитина, це також необхідно розглядати ці відносини незалежно, а не просто розглядати відносини між батьками і дітьми в цілому [38].

Відносини матері і дитини. Було показано, що участь матерів у спілкуванні зі своїми дітьми відіграє важливу роль у розвитку позитивних результатів, таких як просоціальна поведінка [34]. Хоча діти і молодь можуть отримати вигоду з сильної прихильності до своїх матерів, в цілому молодь ставиться до своїх матерям більш вороже під час конфліктів, ніж до своїх батьків [11]. Коли маєш справу з у конфліктних ситуаціях матері часто повідомляють про більший гнів і ворожість по відношенню до своїм дітям, ніж батьки [29].

Крім того, було показано, що участь матерів є суттєвим предиктором участі батьків у житті своїх дітей; тобто, оскільки мати все більше бере участь у житті свого дитини, участь батька також буде зростати; навпаки, участь батька не має ніякого відношення до участі матері [54].

Ступінь участі матері в житті своєї дитини безумовно, важлива; однак ступінь участі батька участь у житті їхньої дитини може бути ще більш важливою [15].

Відносини між батьком і дитиною. Відносини між батьком і дитиною все ще відносно не вивчені, але вони являють собою область, яка може пояснити відмінності у багатьох різних результатах дітей [8]. Батько витрачають приблизно чверть часу на безпосереднє спілкування зі своїми дітьми, як це роблять матері [85], але цей час, проведений разом, видається надзвичайно значним. Було встановлено, що участь у житті їхніх дітей сприяє бути дуже важливим аспектом відносин між батьком і дитиною; деякі аспекти участі, такі як час, проведений разом, і спільні заходи, пов'язані з позитивними соціальними та поведінковими результатами для дітей [18]. Зокрема, для батьків було встановлено, що якісна взаємодія зі своїми дітьми тісно пов'язане з позитивними результатами в їх дітей, такими як благополуччя і позитивний розвиток [5]. Очевидно, що відносини між батьками і дітьми є надзвичайно важливими для дітей. Батьки грають важливу роль в житті своїх дітей, і ця роль може бути особливо важлива для дітей з СДУГ [80].

Відносини між батьками і дітьми у дітей з СДУГ. Не дивно, що діти з СДУГ мали виявлено більше негативних взаємодій зі своїми батьками, ніж у дітей без СДУГ [85]. Відносини між батьками і дітьми, зазначені конфліктом, піддають дитину з СДУГ ризику розвитку більш серйозних поведінкових проблем в підлітковому віці [34]; і навпаки, як у дітей з СДУГ, так і без нього, позитивне виховання обернено пропорційно пов'язане з розвитком проблем з поведінкою [12].

Вважається, що сімейні негаразди і, більш конкретно, негативні м. Цікаво, що діти з СДУГ не схильні оцінювати свої відносини зі своїми батьками інакше, ніж діти без СДУГ [12], можливо, через схильність дітей з СДУГ, щоб не повідомляти про проблеми і не повідомляти про позитивні аспектах свого життя [54].

Діти з СДУГ можуть піддаватися більшому ризику розвитку більш серйозних проблем з поведінкою, ніж діти без СДУГ [18]. У цьому дослідженні використовується крос-секційний підхід до вивчення аспектів

відносин між батьками і дітьми, які можуть бути пов'язані з поведінковими результатами. У попередніх дослідження вивчало вплив відносин між батьками та дітьми на проблеми поведінки [64], але ні в одному з них не розглядалися відносини між матір'ю і дитиною і батьком у дітей з СДУГ незалежно [114].

Практика виховання батьків дітей з СДУГ може вплинути на розвиток поведінкових проблем у цих дітей [39]. Позитивний методи виховання можуть надавати буферний вплив на дітей з СДУГ, забезпечуючи захист від розвитку розладів поведінки [15]. Грунтуючись на цьому дослідженні, поточне дослідження поглибилося в відносини між батьками і дітьми і проблеми поведінки і вивчило конкретні аспекти батьківських практик, які можуть корелювати з проблемами поведінки у дітей з СДУГ [149].

1.2.2. Функціонування сім'ї, психологічний стрес і благополуччя батьків з дитиною, що страждають СДУГ.

Синдром дефіциту уваги та гіперактивності (СДУГ) є одним з найпоширеніших поведінкових розладів, діагностованих у дітей, з поширенням приблизно 5% дітей шкільного віку у всьому світі [86]. Діти з цим розладом мають труднощі з регулюванням своїх емоцій і дій, а також з підтриманням уваги і контролю над імпульсами [54], але це клінічно неоднорідна група, і у деяких дітей спостерігається більше порушень неухважності, гіперактивності та імпульсивності, ніж у інших. Втручання включають прийом ліків, оцінку поведінки дитини та батьківський нагляд [5]. Дослідження близнюків оцінюють спадковість у 76%, на що впливають як біологічні, так і сімейні фактори навколишнього середовища [18], і що діти з СДУГ мають більше шансів мати одного з батьків з СДУГ, ніж інші діти. Сім'ї з дітьми з СДУГ стикаються з багатьма проблемами в сімейній єдності та суспільстві в цілому. Підтримка Громадської служби охорони здоров'я важлива для сімей з дітьми з СДУГ [67]. Батьки можуть

зустрічатися як з медсестрами громадської охорони здоров'я, психологами, так і з медсестрами-психіатрами за місцем проживання в разі дитини або для своїх власних потреб[117].

Сім'ї з дітьми з СДУГ. Проживання в сім'ї з дитиною, що страждає СДУГ, впливає на всю сім'ю як в сімейній сфері, так і в соціальному плані [3]. Матері описують свою роль по догляду за дитиною з СДУГ як вимогливу і викликає стрес [26]. Повідомлялося також про конфлікти між матір'ю та підлітком, а також про більшу ступінь стресу та конфліктів у сім'ї у підлітків з діагнозом [34]. Виявлено психологічний стрес, пов'язаний з народженням дитини з СДУГ, з великою кількістю симптомів тривоги і депресії у матерів, а матері дитини з СДУГ в два рази частіше мають психіатричний діагноз, ніж інші матері. Різниця між батьками дитини з СДУГ та іншими батьками менша, але значна [73]. Непослідовність у батьківській дисципліні та низька залученість батька були пов'язані з СДУГ і можуть посилювати материнський стрес, тим самим підкреслюючи необхідність залучення батьків до лікування СДУГ [17]. Л.Хамфріс, В. Мехта та Е.Лі (2012) виявили зв'язок між СДУГ у дітей та депресією у їхніх батьків. Сімейне середовище та непослідовні батьківські межі та обмеження описуються як пов'язані з народженням дитини з СДУГ[29]. На етапі розвитку в ранньому дитинстві позитивне виховання може діяти як захисний фактор від проблем з поведінкою [47]. М. Фолі (2011) описав більш високий рівень сімейної дисфункції у сім'ях з дітьми, які страждають на СДУГ. Функціонування сім'ї важливо для управління повсякденним життям і може бути описано як вимірювання, яке впливає на сім'ю щодо вирішення проблем, спілкування, ролей, поведінкового контролю, а також емоційної чуйності і залученості [22]. Батьки, чії діти страждають на СДУГ та приймають ліки, повідомляють про менш проблемну поведінку своєї дитини та кращу сімейну роботу, ніж батьки з дітьми з СДУГ, які не отримують ліки [96]. Встановлено, що сімейне функціонування є найсильнішим зв'язком для направлення дітей до спеціалізованої служби психічного здоров'я [18]. Необхідні подальші

дослідження для вивчення функціонування сім'ї в сім'ях з дітьми з СДУГ [117].

Бути батьком дитини з СДУГ — складна і важка ситуація, що вимагає внутрішньої сили для вирішення повсякденних завдань [35]. Почуття узгодженості (SOC) можна описати як загальну здатність справлятися зі стресовими життєвими ситуаціями, життєву орієнтацію на захист здоров'я [9], яка може відображати внутрішню силу, яку описують батьки. Батьки, які повідомляють про сильний сімейний SOC, можуть більш позитивно оцінювати обставини, розглядаючи вимоги батьківства як проблему, і бути впевненими в наявності ресурсів для задоволення вимог [15], таких як наявність дитина з СДУГ. SOC також асоціюється з психічним здоров'ям і благополуччям [74]. Благополуччя визначається як суб'єктивне почуття і спосіб, яким людина переживає і оцінює себе і своє життя [32].

Попередні дослідження показали, що ситуація для матерів з дітьми з СДУГ дуже вимоглива і викликає стрес. Батьки менш досліджені; отже, необхідні дослідження як з батьками, так і з матерями. Навіть якщо у дітей з СДУГ більше шансів мати одного з батьків з СДУГ, досліджень цієї групи батьків було мало. Крім того, необхідні знання, пов'язані з батьками дітей, які лікуються від СДУГ, а не лікуються. Попередні дослідження показали, що характеристики батьків, сім'ї, дитини з СДУГ та підтримка з боку служб охорони здоров'я вплинули на сімейне життя. Як ці різні характеристики впливають на функціонування сім'ї, вимагає подальшого вивчення [15].

Молодші батьки, низький рівень психологічного стресу, більш високе благополуччя, менш проблемна поведінка дітей і передбачувана підтримка з боку психологів, вихователів, лікарів позитивно впливають на функціонування сім'ї.

Г.Ф. Шредер і Г.А. Келлі (2009) описали функціонування сім'ї як одну з основних проблем у сім'ях з дітьми, які страждають на СДУГ, оскільки ці сім'ї мають проблеми з організацією та сімейними конфліктами. Результати послідовного лінійного множинного регресійного аналізу показали, що

змінні, пов'язані з батьками, пояснюють 44,3% варіацій у функціонуванні сім'ї. З часом навантаження складної життєвої ситуації може негативно позначитися на батьках і пояснити, чому більш високий вік батьків негативно вплинув на функціонування сім'ї. Вік батька і вплив на функціонування сім'ї вимагають подальшого вивчення [58]. Психологічні розлади та благополуччя батьків пояснювали більшу частину відмінностей. Вплив психічного здоров'я та стресу батьків, а також сімейних конфліктів є важливим у повсякденному житті сімей з дітьми, які страждають на СДУГ [69]. Поведінка дитини, лікування дитини та підтримка з боку вихователів, психологів, а також медичних служб описали 5,3% варіацій у функціонуванні сім'ї. Ці результати підкреслюють важливість характеристик батьків і взаємодії між членами сім'ї, а також те, як ця взаємодія впливає на сім'ю в цілому і функції сім'ї. Отже, сім'я в цілому повинна бути в центрі уваги, і підтримка з боку має важливе значення. Вихователі та психологидетських дошкільних установ, є однією з перших, з якими ці сім'ї зустрічаються, і може бути надійним помічником при складанні карти і подальшому спостереженні за сім'ями з дітьми. з СДУГ в багатопрофільному співробітництві зі шкільним персоналом [47].

Матері повідомили про більший психологічний стрес, ніж батьки, і було описано, що матері беруть на себе більше відповідальності у вихованні та повсякденному житті в сім'ях з дитиною з СДУГ [27]. Тягар сприйнятої відповідальності матерів може призвести до психологічного стресу і відображати типові гендерні ролі в сім'ях [39], в яких матері соціалізуються в своїх вихідних сім'ях, щоб взяти на себе роль основного опікуна.

Психологічний стрес пов'язаний зі слабким вихованням і відсутністю реакції на погану поведінку дитини [28]. Психологічний стрес пов'язаний з меншою кількістю тепла та позитивним ставленням до дітей з СДУГ [64]. Це може загострити сімейні проблеми, оскільки дітям з СДУГ потрібна передбачувана повсякденне життя [82]. Було виявлено, що батьківське тепло особливо важливо для прийняття дітьми однолітків, меншого відторгнення

однолітків і меншої соціальної поведінки, особливо у хлопчиків [34] з проханням про більш позитивну участь батьків у вихованні дітей з СДУГ. Щоб допомогти матері в батьківській ролі, позитивна участь батька у вихованні дітей може вплинути на FSOC.

Батьки-одиначки повідомили про нижчий рівень добробуту, ніж батьки, які перебувають у шлюбі / співжиття, оскільки батьки-одиначки повинні брати на себе всю відповідальність, що може пояснити слабкість їх добробуту. Не було ніяких суттєвих висновків, пов'язаних з психологічним дистресом, хоча учасники могли відчувати слабе самопочуття [5; 19; 92].

Батьки з СДУГ повідомили про більший психологічний стрес (HSCL), слабкіше самопочуття (Well) і FSOC і менш сприятливе сімейне функціонування (FAD), ніж інші батьки. Можуть бути розбіжності між батьківськими рішеннями, меншою структурою сім'ї і підтримкою, а також меншим спілкуванням, чутливістю і зв'язком. В іншому дослідженні описувалися матері з симптомами СДУГ, мало залучені і позитивно виховують дітей, а також високі рівні непослідовної дисципліни [36].

Структура та порядок у сім'ї вважаються передумовами для забезпечення сімейного життя почуття безпеки та контролю, що також зробило життя з дитиною з СДУГ більш стабільним [28]. Деякі з батьків (15,2%) самі страждали СДУГ, але 17% повідомили, що не знають, чи є у них СДУГ. Питання полягає в тому, чи стрес і проблеми, пов'язані з вихованням дитини з СДУГ, можуть викликати симптоми, порівнянні з діагнозом СДУГ. В іншому дослідженні батьки, які мали СДУГ, самі звернулися за медичною допомогою і стали краще жити за допомогою консультацій та ліків [18]. Існує обмежена кількість досліджень батьків з власним СДУГ і того, як їх вразливість та інші характеристики можуть впливати на сімейні функції. Важливо, щоб батьки з СДУГ отримували підтримку та спостереження як з боку медсестри, так і з боку вчителів у школі чи дитячому садку, щоб допомогти зробити сімейне життя стабільним, структурованим та передбачуваним.

FSOC включає в себе компонент значущості, який важливий у сімейному житті, і батьки описують надію на майбутнє та здатність справлятися з батьківською роллю, пов'язаною з народженням дитини з СДУГ[61]. Сімейна колективна характеристика, дана в FSOC, не є незалежною від її окремих елементів, але це також не проста сукупність індивідів [66]. Картування відносин між членами сім'ї може дати ключ до розуміння колективної орієнтації і допомогти полегшити сімейну адаптацію при веденні дітей з обмеженими можливостями, такими як СДУГ [82]. Навчання батьків менеджменту, орієнтоване на всіх членів сім'ї, може принести користь всій родині [24].

Батьки дітей, які не лікувалися від СДУГ, повідомляли про більший психологічний стрес, більш слабка самопочуття і FSOC, а також про більш поганому функціонуванні сім'ї. Корекційні програми та рекомендації у вихованні допомагають дитині полегшити концентрацію та уникнути неважливих вражень, які призводять до меншої гіперактивності та агресії у дитини з СДУГ [24]. Отже, менша кількість симптомів може призвести до більшої передбачуваності сімейного життя, меншої кількості конфліктів і кращого сімейного функціонування. Медикаменти описуються як лише одне з багатьох втручань [18]. Інші втручання, такі як навчання батьків управління, були описані як корисні щодо сімейних функцій [54]. М.В. Хансен (2006) описали батьків, які стикаються з безліччю дилем при призначенні ліків своїй дитині з СДУГ. Однак батьки можуть бути більш впевнені в прийомі ліків, коли вони побачать благотворний вплив, який вони надають на свою дитину[57]. Психолог та вчителі і вихователі повинні співпрацювати у спостереженні за батьками, які розглядають можливість прийому ліків для своєї дитини, і підтримувати батьків у їх прийнятті рішень. Багатопрофільна співпраця зі службою охорони здоров'я, психолого-педагогічною службою та шкільним персоналом може принести користь сім'ям з дітьми з СДУГ.

1.3. Шляхи покращення дитячо-батьківських відносин в сім'ях з гіперактивними дітьми

Не існує ідеальної сім'ї. Батьки часто думають, що вони роблять те, що краще для своєї дитини, тому що вони люблять їх.

Але ці дії не завжди можуть бути здоровими. Коли діти ростуть і досягають підліткового віку, це, як правило, коли все повертається на гірше. Суперечки можуть бути частими, непорозуміння збільшуються, і батьки починають замислюватися, що сталося з їхньою милою дитиною, з якою вони гралися [96]. Це турбота, яка часто відчувається, і ми хочемо допомогти бути частиною рішення [23; 99]. Наведемо декілька ефективних способів, які можуть зміцнити та оптимізувати відносини між батьками та дітьми, що мають прояви СДУГ.

Обіймати один одного щодня. Психолог доктор Дж. Кіколт-Глейзер стверджує, що чим старше ви, тим більш крихким ви є фізично [53]. Таким чином, контакт стає все більш важливим для міцного здоров'я. Коли ви вступаєте в підліткові роки, ви можете неохоче обіймати своїх батьків [62]. Тому що це вже не вважається крутим [65]. Коли ви навчитеся бути більш незалежними, ви можете найменше найменше оговити фізичну прихильність. Однак обійми корисні для вашого здоров'я і діють як природний засіб для зняття стресу. Наближення до дорослого життя може бути страшним і складним завданням. Коли ви обіймаєте своїх батьків щодня, це буде діяти як фізичне нагадування про те, що ви не самотні. Фізична та емоційна підтримка однаково важлива, коли ви працюєте над зміцненням відносин в цілому.

Вимкнення технологічних пристроїв під час взаємодії. Це може бути важко відійти від технології, коли ви постійно пов'язані з нею. Ви не хочете жити в печері, щоб зберегти ваші стосунки з батьками. Але це не зашкодить вам, щоб покласти ваш телефон на безшумний. Таким чином, ви не відчуваєте себе зобов'язаним відповідати на кожен електронний лист або

текстове повідомлення, коли ви взаємодієте з батьками. Коли ви в машині зі своєю сім'єю [23]. Це також гарна практика, щоб вимкнути музику, так що це дає вам можливість говорити. Хоча музика може бути відмінним способом зв'язатися, співаючи улюблені пісні разом у погані дні, коли спілкування життєво важливе. Добре відійти від використання технологій як засіб втечі один від одного [42].

Підключайтеся перед переходами або великим прийняттям рішень

Здійснення переходів може бути складним завданням, особливо у вашого підлітка [33; 41; 93]. Це час, коли ваша дитина починає з'ясовувати, хто вони і яким життям вони хочуть жити. Відбувається багато рішень. Буде багато днів, коли вони не впевнені в тому, в якому напрямку йти [62]. Не соромтеся простягнути сторонню допомогу і дайте вашій дитині знати, що ви там для них [61]. Дайте їм пораду і будь-яке розуміння, яке, на вашу думку, буде корисним для них. Але не кажіть їм прямо, що робити. Нехай вони з'ясують, що вони хочуть зробити, і будуть підтримувати і адаптувати щедре ставлення в цей момент [58; 100].

Зроби час, щоб провести якісно 1:1 часу один з одним

Коли ви стаєте старше, все більше обов'язків, як правило, складаються на вашій тарілці. Ви починаєте працювати, щоб побудувати навички, які ви хочете для бажаної кар'єри, і ваші друзі відходять, щоб переслідувати свої власні мрії [54; 62]. Ви більше не перебуваєте в безпосередній близькості з ними, тому вам доведеться запланувати сумісний час, щоб побачити один одного. Це робить його неймовірно легко поставити вашу сім'ю на задній палик, коли ви вже жонглюєте роботою з вашим соціальним життям [90].

Не забудьте виділити час, щоб провести якісний один-на-один час з батьками. Це може бути надзвичайно спокусливо відкласти плани, коли ви можете просто захотіти побути на самоті, щоб розслабитися на деякий час або вийти і взаємодіяти з новими обличчями у вашому мережевому колі, але таким чином послаблюються батьківські відносини. Дистанція створюється і докладання зусиль стає мінімальним ні до чого. Підтримувати міцні стосунки

з батьками може бути важко зі збільшенням віку [16]. Але примара їх легко руйнує. Це не повинно бути багато. Ви можете витратити 15 хвилин щодня, щоб мати змістовні розмови або виділити годину у вихідні дні і разом поужити [5; 90].

Заохочуйте емоції, не закриваючи їх

Емоції безладні, але важливо пам'ятати про почуття один одного. Не поспішайте відкидати їх, особливо під час суперечок. Регулювання ваших емоцій може бути важким, коли на вас сильно впливає ситуація. Майте на увазі, що міцні відносини будуються на способах, якими ми спілкуємося своїми емоціями [65]. Якщо ваша дитина болить, не будьте недбалими по відношенню до них, навіть вам обом важко говорити про джерело болю. Емоції можна відкласти тільки надовго, поки вони не вибухнуть [51].

Слідкуйте за своїми маленькими радощами

Дрібниці ведуть до процвітаючого життя. Як старший ви, напевно, знаєте кожну звичку своєї дитини. Ви знаєте, що ваша дитина подобається більше, ніж інші права! Припустимо, що ваш син в армії і розгорнутий далеко від вас уздовж кордону. Він подзвонив вам, щоб повідомити, що він буде з вами в найближчі вихідні у відпустці [65]. Почніть збирати унікальні ідеї подарунків і плануйте сюрприз для коханої людини.

Слухайте зрозуміти, а не з наміром реагувати

Коли ви розчаровуєтеся у своїй дитині, легко слухати їх, щоб підтвердити свої гнівні емоції. Замість того, щоб швидко реагувати, знайдіть час, щоб вислухати і зрозуміти, звідки береться ваша дитина [51]. Навіть якщо ви від усього серця не згодні з думками про їхні дії, якщо ви вирішите кричати на них, це може викликати ще більше обурення між обома [79; 98]. В результаті спілкування може постраждати, тому що ваша дитина може відступити і відмовитися говорити з вами. Навчіться працювати з вашою різницею, розширюючи свою перспективу і знаходячи рішення разом, де ви обидва можете отримати вигоду [59].

Поважайте кордони

Токсична поведінка призводить до позбавлення від кордонів. Якщо ви хочете мати хороші відносини з вашою дитиною, проявляйте здорову поведінку, поважаючи їх межі [65]. Це може бути складним завданням у вашому кінці, коли ваша дитина починає хотіти більшої конфіденційності та свободи. Але хороше виховання включає в себе надання можливостей робити помилки і вчитися на них [34; 52; 85]. Не позбавляйте дитину цього зростання, замість цього створюйте безпечний простір, де невдача нормалізується [85].

Сучасний погляд на проблему корекції проявів синдрому дефіциту уваги і гіперактивності передбачає комплексний підхід, що включає медикаментозні і немедикаментозні методи [16], яким зокрема відносяться модифікація поведінки, психотерапія, педагогічні та нейропсихологічні корекційні методики та ін.

Основні методи лікування:

Медикаментозна терапія

Специфічні препарати для лікування основних проявів СДУГ у дітей і дорослих (дефіцит уваги, гіперактивність, імпульсивність):

* Психостимулятори (в Україні зараз заборонені до застосування): метилфенидат і його форми з уповільненим виділенням (ріталін - SR, Консерта);

* Специфічний препарат для лікування СДУГ: Страттера - атомоксетин (з березня 2007 року в аптеках Росії).

Медикаментозна терапія мінімальної мозкової дисфункції (не роблять вираженого впливу на гіперактивність і імпульсивність):

* Ноотропи і нейрометаболічні препарати (Ноотропил, Нооклерин, Фенотропіл, Фенибут, Пантогам, Гліатілін, Акатинола мемантин);

* Препарати впливають на метаболізм нейромедіаторів в ГМ (Кортексин, Церебролізін, Семакс);

* Препарати впливають на мозковий кровообіг - Кавінтон, Інстенон.

Медикаментозна терапія використовується для корекції специфічних психіатричних проблем (афективні порушення, агресивність, тики... психічні порушення іноді супутні СДУГ) [70]:

- * Сонапакс (тіорідазин);
- * Рисполепт (рисперидон);
- Тиаприд.

Немедикаментозні методи лікування

Метод біологічного зворотного зв'язку (БОС)

Нейропсихологічна корекція: різні методики, спрямовані, зокрема, на поліпшення взаємодії між півкулями головного мозку [90].

Інші додаткові методи допомоги при СДУГ

Психотерапія (як доповнення до основних методів лікування):

- * Індивідуальна, поведінкова (модифікація поведінки, жетонна система);
- * Групова (ігрова, арт-терапія, в т. ч., наприклад, данс-терапія);
- * Сімейна (в т. ч. ігрова, «сімейне дихання»);
- * Психологічні тренінги (впевненості в собі, комунікативних навичок, і для батьків – тренінги батьківських навичок і батьківської компетентності)[80].

Педагогічна корекція (як доповнення до основних методів лікування):

- * навчання метакогнітивним стратегіям (як правильно вчитися, краще організувати своє навчання);
- * навчальні програми, орієнтовані на індивідуальні стилі навчання- learning styles - для дітей з візуальними, або аудіальними, або кінестетичними здібностями.

Малоефективні методи лікування і методи з невідомою ефективністю:

- * Транскраніальна мікрополяризація (суперечливі дані про ефективність);
- Osteopatiche лікування;

* Дієтотерапія: дієта Файнгольда (+фосфат -, саліцилат -, оксалат-редукуючі дієти);

- Вітаміни (Нейромультивит);

* Харчові добавки і БАДи (Омеганол, Йодомарин, Гліцин);

* Гомеопатичні та препарати рослинного походження препарати (Неврохель);

- Рефлексотерапія [69].

Так, наведені вище методи здатні сприяти зміцненню та оптимізуванню відносин між батьками та дітьми, що мають прояви СДУГ.

Висновки до першого розділу

У розділі представлено історичні аспекти становлення та розвитку поглядів щодо сутності поняття «синдром гіперактивності», здійснено теоретичний аналіз психолого-педагогічної та медичної літератури, спрямованої на вивчення чинників та механізмів розвитку синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю. Досліджено, що синдром гіперактивності фіксується в дітей, які мають стійкі та невідповідні їх віку симптоми неуважності, гіперактивності та імпульсивності. Синдром гіперактивності пов'язаний з порушенням саморегуляції, для якого характерна зміна когнітивної функції, дефіцит уваги та гальмування. Виявлено, що проблема порушень поведінки дітей з гіперактивністю носить міждисциплінарний характер. Дослідження в галузі спеціальної психології та педагогіки показали, що дітей з гіперактивністю результат первинного дефекту та визначаються особливостями їх особистісної та емоційної сфери. Вони мають різну клініко-психологічну структуру. Відзначається гіперактивність,

агресивність, конфліктність, тривожність, опозиційні реакції, що найчастіше зустрічаються серед поведінкових порушень.

Своєчасна діагностика забезпечує більш спокійний підлітковий період і доросле життя, в той час як коморбідність СДУГ в поєднанні з статтю і віковою групою може сприяти зростанню психосоціальних проблем, обтяжуючи суспільне здоров'я і економічні показники. Емоційні реакції переживаються кожним підлітком з різним ступенем інтенсивності і в залежності від статі.

Останнім часом в сімейному контексті погляди на виховання і відносини між батьками і дітьми розширилися, включивши батьків в якості активних керуючих соціальним середовищем дитини. Здорова взаємодія між батьками та їхніми дітьми являє собою гарну сімейну обстановку, емоційний вимір позитивного характеру та наявність емоційної підтримки. Ця взаємодія позитивно впливає на стан і поведінку дитини і відіграє велику роль в нормальному, фізичному і розумовому розвитку дитини. Конфлікт в сім'ї буде перешкоджати такій взаємодії. Було показано, що хороші відносини між батьками та їхніми дітьми покращують загальне благополуччя (у дітей) і призводять до поліпшення соціального життя, захищають від емоційних розладів і самогубств, а також запобігають участі дітей в поганих відносинах між батьками і дітьми генетична депресія у батьків (наприклад, психоз) зниження нагляду за дітьми, тиск однолітків, екстерналізація та антисоціальна поведінка у дітей, ризикована нездорова поведінка. Підтримуючі відносини між батьками і дітьми переважають над схильностями дітей, схильних до неслухняного поведінки.

Повідомлялося, що погані відносини між батьками та дітьми сприяють розвитку інтерналізуючих симптомів, таких як депресія, низька самооцінка та труднощі з зображенням тіла у дітей, і також можливо, що діти з цими симптомами можуть менше спілкуватися зі своїми батьками.

Ці результати підкреслюють важливість хороших відносин між батьками та дітьми у боротьбі з такими негативними явищами, як низька

самооцінка. Грунтуючись на результатах різних досліджень, зібраних у цьому огляді, ми приходимо до висновку, що батьки можуть впливати і впливають на своїх дітей; і що генетичний склад батьків, гормони, поведінка і стиль виховання впливають на те, як вони поведуться зі своїми дітьми.

Поліморфний характер структури синдрому гіперактивності, варіативність його проявів у дітей обумовлюють необхідність подальших досліджень у даному напрямку.

РОЗДІЛ 2

ПСИХОЛОГІЧНА ДІАГНОСТИКА ДИТЯЧО-БАТЬКІВСЬКИХ ВІДНОСИН В СІМ'ЯХ З ГІПЕРАКТИВНИМИ ДІТЬМИ

2.1. Методичне забезпечення та організація емпіричного дослідження

Це дослідження було розроблено як пілотне техніко-економічне обґрунтування, основною метою якого було визначити, чи батьки та діти отримують задоволення від участі в прикидній грі та чи сприймаються батьками дітей з СДУГ як вартісні. Вторинною метою було вивчення потенційних наслідків втручання для відносин між батьками та дітьми. Ми припустили, що участь у цьому втручанні призведе до поліпшення відносин між батьками та дітьми за допомогою самооцінки та оцінки лабораторних завдань. Ми припустили, що батьки і діти, які завершили втручання, повідомлять про підвищення якості відносин між батьками і дітьми в

порівнянні з контролем списку очікування. Ми також припустили, що батьки і діти продемонструють підвищену якість взаємодії батьків і дітей в лабораторному завданні після участі в удаваній грі.

Учасниками були 30 дітей дошкільного віку ($x = 6,85$, $SD = 0,93$), набраних з ДНЗ№48 м. Миколаєва Миколаївської області та їх батьки (мати/батько) для оцінки та проходження корекційних заходів.

Діагностика ґрунтувалася на звітах батьків і вчителів за стандартизованими рейтинговими шкалами, напівструктурованому діагностичному інтерв'ю з батьками, інтерв'ю з дитиною і тесті інтелекту. Рейтингові шкали включали контрольний список поведінки дитини, форму оцінки вчителя/вихователя, шкалу оцінки СДУГ та шкали оцінки Коннерса. Проводили особисті співбесіди та аналізували результати тестування та рейтингових шкал. Учасники були українцями (80 %), грузини (10%), корейці (5%) і багаторасовими (5%).

Від кожної сім'ї брав участь один батько або мати. Учасники були обмежені матерями та дітьми, щоб зменшити варіабельність залежно від статі батьків та дітей. Шкала впливу віку на гру перевірена для дітей дошкільного віку. Було встановлено, що ігрове втручання між батьками та дітьми буде найбільш підходящим для дітей у цьому віці, тому отримана вибірка складалася з дітей дошкільного віку.

Проведено базову оцінку та оцінку результатів. Один і той же експерт проводив як базову, так і підсумкову оцінку для кожної дитини. Проведено сеанси втручання, при цьому систематично навчаючись проведенню втручання з використанням спостереження, рольових ігор і коучингу [103].

Основна мета цього дослідження полягала в тому, щоб вивчити доцільність такого роду втручання. Вторинною метою було вивчення наслідків втручання.

Пари батько-дитина зустрілися на одній 60-хвилинній сесії з екзаменатором, щоб завершити базову оцінку. Базова сесія і всі наступні сесії проходили в актовому залі ДНЗ№48 м. Миколаєва Миколаївської області.

Базова оцінка включала шкалу впливу на гру (APS), безкоштовну гру між батьками та дітьми, завдання Tangram, вибрані підшкали інвентаризації соціальної адаптації для дітей та підлітків (SAICA), інвентаризацію відносин між батьками та дітьми (PCRI), батьківський звіт про переглянуту інвентаризацію батьківської поведінки та лист "дії з моєю дитиною" (див.додаток А для всіх показників) [120].

Батьків також попросили дати дві суб'єктивні оцінки, пов'язані з відносинами між батьками і дітьми: 1) числову оцінку відносин з їх дитиною за шкалою від 1 до 10, де 1 - це "складні, виснажливі" відносини, а 10- «теплі, турботливі»; і 2) відсоток щоденних бесід зі своєю дитиною, що характеризуються нагадуваннями і виправленнями [93].

Після групового призначення батькам, призначеним до групи втручання, було надано інформаційний огляд протоколу ігрового втручання для ознайомлення до їх

Таблиця 2.1
Заходи

Конструкція	Тип	Підшкали	Вимір
Інвентаризація відносин між батьками та дітьми	Залученість комунікаційна автономія, що встановлює обмеження	Самозвіт-батьки	Відносини між батьками і дітьми
Батьківський звіт про інвентаризацію батьківської поведінки-переглянуто	Поведінковий Контроль Теплоти / Прийняття	Самозвіт-батьки	Відносини між батьками і дітьми
Рейтинг якості відносин між батьками і дітьми	Психологічний Контроль	Самозвіт-батьки	Відносини між батьками і дітьми
Щоденний рейтинг розмов	Ніхто	Самозвіт-батьки	Відносини між батьками і дітьми
Завдання Танграма	Ніхто	Лабораторне завдання-батько-дитина	Відносини між батьками і дітьми
Безкоштовна ігрова завдання	Участь	Лабораторне завдання-батько-дитина	Відносини між батьками і дітьми
Рейтинг взаємного задоволення	Негативність		Відносини між батьками і дітьми
Заняття з мосю дитиною Робочий лист	Ніхто	Лабораторне завдання-батько-дитина	Відносини між батьками і дітьми
Інвентаризація соціальної адаптації для дітей та підлітків	Загальна кількість	Дитина	Відносини між батьками і дітьми
Вплив в масштабі гри	Приємна Частота	Самозвіт-батьки	Удавана гра
	Різноманітність афектів	Самозвіт-батьки	
Прийнятність для батьків	Ні	Самозвіт-батьки	Здійсненність
Опитування	Ні	Самозвіт-батьки	Здійсненність

першого сеансу втручання (Додаток Б). Це включало коротке обґрунтування дослідження, а також приклади сюжетних ліній і підказок, які їм буде запропоновано використовувати [70; 115].

2.2. Аналіз результатів констатувального експерименту

Пари батько-дитина взяли участь у 60-хвилинній підсумковій сесії після завершення трьох ігрових інтервенцій. Результат оцінка включала ті ж заходи, що і базова оцінка, з додаванням анкети задоволеності клієнтів (CSQ) і опитування про прийнятність для батьків для оцінки доцільності втручання з точки зору батьків [101; 138]. Оцінка результатів проводилася через 1 тиждень після заключного сеансу втручання (Рис. 2.1).

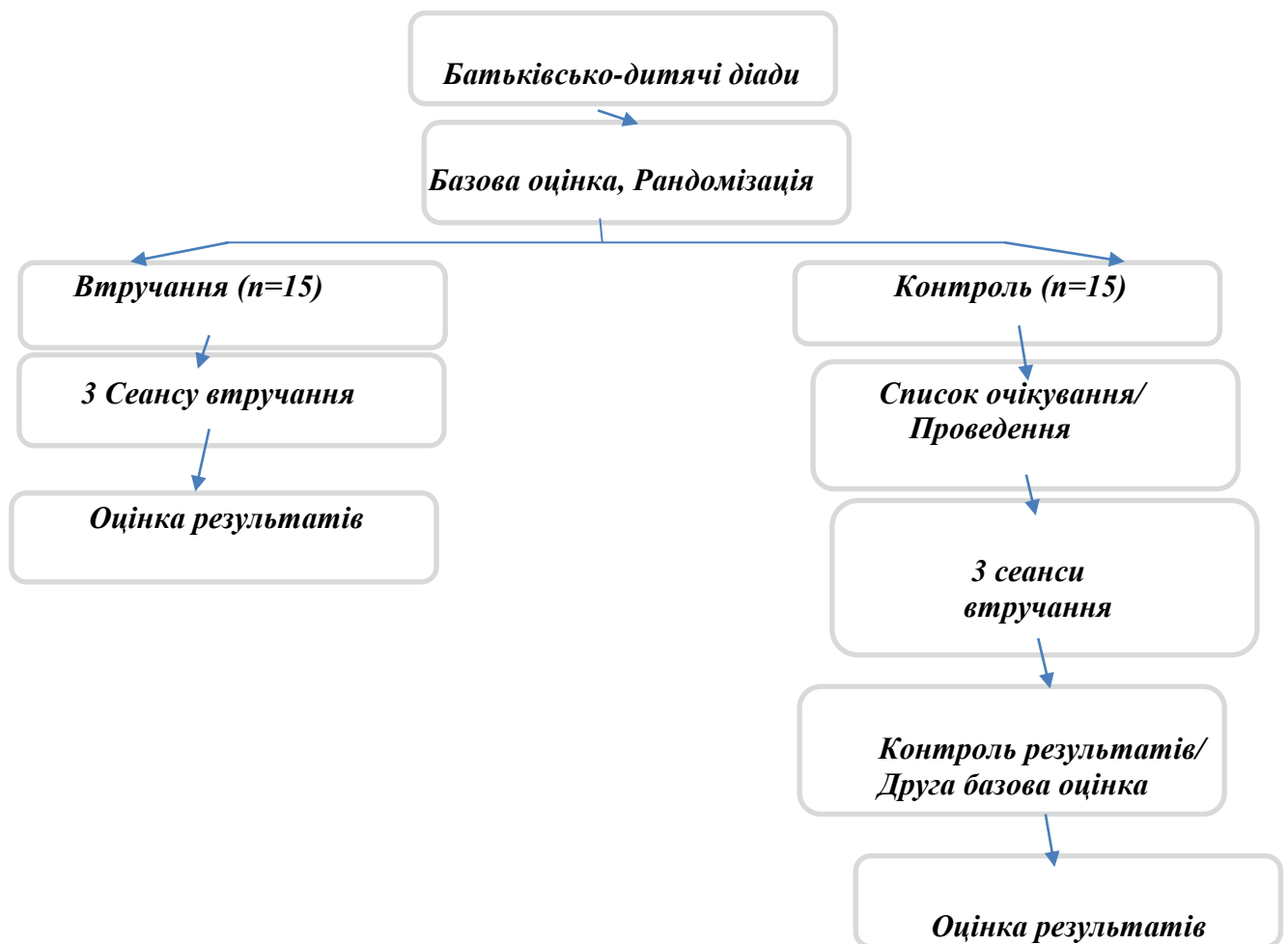


Рис. 2.1 Оцінка результатів батьківсько-дитячих діад

За результатами нашого дослідження було встановлено, що у відсотковому співвідношенні у хлопчиків дошкільного віку показник гіперактивності вищий, ніж у дівчат дошкільного віку.

Наше дослідження це підтверджує за такими показниками (Табл.2.2):

Таблиця 2.2

Критерій оцінки	Результативний показник (кількість дітей / %)	
	Хлопці	Дівчата
Дефіцит уваги	19/63,3%	11/36,7%
Імпульсивність	21/70,0%	9/30,0%
Агресивність	18/60,0%	12/40,0%
Гіперактивність	19/63,3%	11/36,7%

Нами було узагальнено зв'язок проявів емоційно-вольової сфери з проявами гіперактивності дітей дошкільного віку з рис. 2.2.

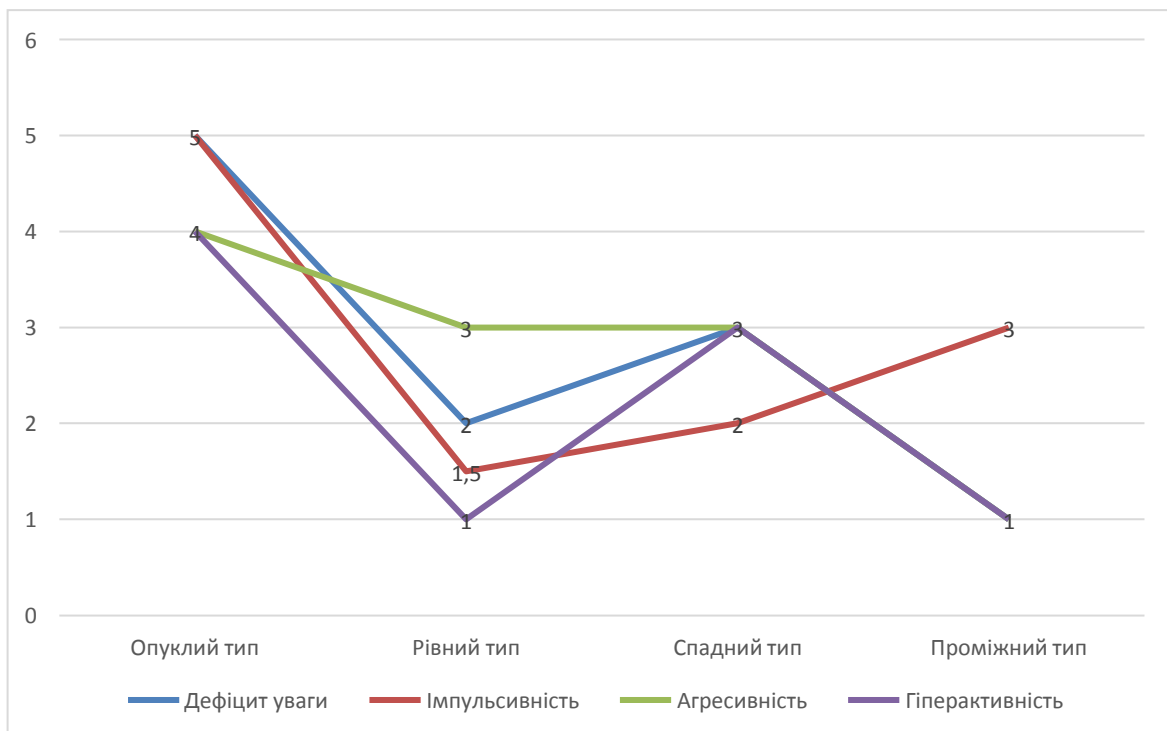


Рис. 2.2 Зв'язок проявів емоційно-вольової сфери з проявами гіперактивності дітей дошкільного віку

Так, з отриманими результатами 80% батьків дуже вимогливі до

своїх дітей і чекають відповіді для себе від них, тоді, коли 20% батьків менш вимогливі до свої дітей або зовсім не вимогливі, щодо відношення до дитини, тому ці діти проявляють себе самостійно та належать собі [155].

У цьому дослідженні використовувалася багатомодова оцінка для вимірювання ефективності втручання в поліпшенні відносин між батьками та дітьми. Оцінка включала в себе показники самозвіту матерів і дітей, а також лабораторні завдання по взаємодії батьків і дітей, які були закодовані для афективних і поведінкових компонентів (Таблиця 2.3.).

Інвентаризація відносин між батьками та дітьми (PCRI). PCRI[25] являє собою шкалу з 78 пунктів, яка вимірює кілька аспектів батьківського сприйняття відносин між батьками і дітьми. Його шкали вимірюють батьківську підтримку самостійності дітей, їх інтересів/ спільних занять і спілкування між батьками і дітьми. Батьки оцінюють предмети за 4-бальною шкалою Лайкерта від 1 (Повністю згоден) до 4 (категорично не згоден). Сім результуючих підшкал - це батьківська підтримка (наприклад, «коли справа доходить до виховання моєї дитини, я більшу частину часу відчуваю себе самотнім»), задоволеність батьківством (наприклад, «Мати дітей було правильним рішенням для мене»), залученість (наприклад, «Ми з моєю дитиною проводимо час разом, включаючи позакласні заняття»), спілкування (наприклад, «Якщо я повинен сказати «ні» своєму дитині, я намагаюся пояснити, чому»), встановлення обмежень (наприклад, «Інколи я поступаюсь своїй дитині, щоб уникнути істерики»), автономія («Батьки повинні стежити за дружбою своїх дітей») і орієнтація на роль (наприклад, «Жінки повинні залишатися вдома і піклуватися про дітей»). Існують також шкали соціальної бажаності та невідповідності, призначені для вказівки на невірну відповідь візерунок. У цьому дослідженні будуть використовуватися субшкали залученості, спілкування, встановлення обмежень і автономії, оскільки вони найбільш важливі для конструкції - відносин між батьками і дітьми [122; 130].

Кожна підшкала дає стандартизований t-бал (середнє значення = 50, стандартне відхилення = 10), де високі бали відображають позитивне сприйняття батьківських обов'язків. Нижчі бали ($t \leq 40$) вказують на проблемні області виховання, А t балів 30 або нижче вказують на більш серйозні проблеми з вихованням дітей. Внутрішня узгодженість зразка норми для підшквал контенту в діапазоні від 0,70 до 0,88 [29].

Таблиця 2.3
Базові лабораторні завдання

<i>Описова статистика</i>	<i>N</i>	<i>середнє значення Танграма (SD)</i>	<i>діапазон</i>	<i>N</i>	<i>середнє значення вільної гри (SD)</i>	<i>діапазон</i>
негативна шкала	29	2.89 (1.40)	1.00-5.86	30	2.13 (.82)	1.00-3.71
загальний настрій	29	2.63 (1.50)	1-6	30	2.25 (.91)	1-4
вплив дитини	29	3.37 (1.67)	1-6	30	1.90 (1.02)	1-4
напруга дитини	29	4.06 (1.63)	2-6	30	1.75 (1.12)	0-4
відповідь батькові	29	2.47 (1.84)	0-6	30	2.30 (1.22)	1-5
вплив батьків	29	2.68 (1.64)	1-7	30	2.35 (1.23)	0-5
напруга батьків	29	2.63 (1.57)	0-6	30	1.95 (1.15)	1-6
реакція на дитину	29	2.47 (1.39)	0-5	30	2.50 (.76)	1-4
Субшкала залученості	29	4.49 (.92)	3.00-6.40	30	3.05 (.83)	1.50-4.50
залученість загальна	29	4.32 (1.25)	2-7	30	3.30 (1.87)	0-6
ступінь залученості/ Нав'язливість / небажана допомога	29	3.63 (1.30)	2-7	30	2.95 (1.32)	1-6
дотик частин Танграма	29	5.00 (1.33)	2-7	30		
Батьківська позиція/Поза батьківський фокус	29	5.58 (1.02)	3-7	30		
	29	4.05 (1.43)	1-6	30		

Внутрішня узгодженість для субшквал залучення, спілкування і встановлення обмежень варіювалася від 0,73 до 0,88 у вибірках батьків,

чий діти у віці від 5 до 6 років, а надійність повторного тестування була зареєстрована на рівні 0,81. Тим не менш, субшкала автономії показала дещо проблематичну внутрішню узгодженість, про яку повідомлялося на рівні .47 для матерів і .54 для батьків і .57 в цілому [67; 78].

Батьківський звіт про інвентаризацію батьківської поведінки-переглянуто. РВІ-це шкала з 30 пунктів, яка вимірює сприйняття батьками їх ставлення і поведінки по відношенню до своєї дитини. Як і PCRI, він вимірює батьківську підтримку самостійності дітей. Він додає заходи батьківської дисципліни і прояви батьківського співчуття і позитивного впливу. Він був розроблений паралельно скороченій формі звіту дітей про інвентаризацію батьківської поведінки [51]. Батьки оцінюють свою поведінку по відношенню до своєї дитини в різних областях, вказуючи, чи є твердження «багато як», «чимось схожі» або «не схожі» на самих себе. Оцінка дає три підшкали: Тепло/прийняття (наприклад, «я батько, який здатний змусити мою дитину відчувати себе краще, коли він / вона засмучений»), поведінковий контроль (наприклад, «я батько, який дуже суворий зі своєю дитиною») і психологічний контроль (наприклад, «я батько, який менш доброзичливий зі своєю дитиною, якщо вони не бачать речі по-моєму»). Повідомляється, що внутрішня узгодженість для підшкал коливається від 0,58 до 0,89 [76]. Як конвергентна, так і дивергентна достовірність також були встановлені шляхом порівняння звітів батьків, дітей про поведінку батьків [58].

Рейтинг відносин між батьками і дітьми. Матерям було запропоновано дати числову оцінку відносинам зі своєю дитиною за шкалою від 1 до 10, де 1 - це відносини, які є «важкими, виснажливими», а 10 – «теплыми, турботливими». Це стандартне питання, включене в діагностичне інтерв'ю [124].

Щоденний рейтинг розмов. В якості одного з показників материнської комунікації і нав'язливості матерям було запропоновано оцінити відсоток щоденних розмов зі своїми дітьми, що характеризуються

нагадуваннями і виправленнями. Це стандартне питання, включене в діагностичне інтерв'ю, і було показано, що він негативно впливає на якість відносин між батьками та дітьми [134].

Заняття з моєю дитиною на робочому аркуші. У таблиці заходів вимірюється кількість заходів, в яких батьки і діти беруть участь разом, а також частота заходів і задоволення батьків від того, що вони проводять цей час зі своєю дитиною. Батьки заповнили Робочий лист з докладним описом частоти і приємності занять, якими вони займаються зі своєю дитиною. Їх попросили перерахувати всі види діяльності, якими вони займаються з дитиною регулярно, не рідше одного разу на місяць. Заходи повинні включати взаємну участь батьків і дитини, наприклад, гру, а не заняття тільки для дітей, таке як тренування з футболу (якщо тільки батько не є тренером). У заходах можуть брати участь інші люди (наприклад, сім'я), якщо присутні і батько, і дитина. Батьки оцінювали частоту кожного виду діяльності як «щоденну», «щотижневу» або «щомісячну». Вони також оцінили, наскільки їм подобається заняття, коли дитина присутня, як «дуже», «кілька» або «зовсім ні».

Завдання Танграма. Завдання Танграм-це інтерактивна діяльність між батьками та дітьми, яка вимірює якість взаємодії між батьками та дітьми[15]. Ведучий подарував дитині набір з трьох головоломок танграма і попросив дитину зібрати геометричні фігури разом, щоб вони відповідали їх шаблонам за п'ять хвилин. Головоломки навмисно занадто складні для дитини, щоб він міг виконати їх без сторонньої допомоги за відведений час. Діаді були дані наступні інструкції:

"Мені цікаво, як діти та батьки роблять щось разом. (Ім'я дитини), ваше завдання-зібрати ці шматочки разом, щоб вони виглядали як ці картинки. У вас є п'ять хвилин, щоб вирішити три головоломки. Мамо, ти будеш тут за підтримкою, і у тебе будуть відповіді на ваші запитання. Більшість дітей можуть це зробити, але деяким трохи важко почати. Ти можеш допомогти, якщо думаєш, що він дійсно цього потребує."

Завдання було записано на відео, і взаємодія була оцінена за наступними глобальними шкалами [15]: загальний настрій, афект дитини, напруга дитини, реакція на батька, афект батька, напруга батька, реакція на дитину, загальна ступінь залученості, незапрошена допомога, дотик до шматочків танграма, позиція/поза і увага батька. Кожна Глобальна шкала оцінювалася по континууму від 0 до 8, причому 4 представляли собою нейтральну точку.

Перші сім шкал навантажують більший фактор негативності, вимірюючи батьківську теплоту, вплив і спілкування з дитиною. Останні п'ять шкал включають в себе більший фактор залучення, що вимірює ступінь, в якій батько підтримував автономію дитини і брав участь у діяльності дитини.

Завдання Танграм показало достатню надійність і обґрунтованість. Надійність фактора залученості була незмінно високою, з внутрішньокласовими кореляціями вище 0,80. Надійність взаємодії для фактора негативності варіювалася від 0,50 до 0,92 [29; 85]. Позитивні взаємодії батьків та дітей у завданні tangram позитивно пов'язані з реакцією дітей на когнітивно-поведінкову терапію тривоги і негативно пов'язані з замкнутою поведінкою дітей [37; 97].

Вільна гра батьків і дітей. Завдання вільної гри як з батьком, так і з дитиною була розроблена для вимірювання якості взаємодії батьків і дітей в неструктурованій обстановці. У той час як завдання Танграм вимірює взаємодії в контексті структурованого завдання, завдання вільної гри вимірює взаємодії в контексті, вільному від вимог або обмежень завдання, і дає зразок поведінки батьків і дітей, який представляє типові ігрові взаємодії між діадою. Батькам і дітям було дано п'ять хвилин, щоб пограти разом. Надані іграшки були схожі на ті, які використовувалися для втручання, але не були тими ж іграшками. Під час цього завдання не пропонувалося ніяких структурованих іграшок /занять (наприклад, головоломок, ігор). Батькам і дітям була дана інструкція: «у вас є п'ять

хвилин, щоб пограти разом. Грайте так, як ви зазвичай грали б вдома».

Були вилучені три оцінки: дотик до фрагментів танграма, положення /поза і увагу батьків. «Загальна ступінь залученості» була змінена, щоб відобразити «загальну ступінь залученості», а «незапрошена допомога» була змінена, щоб відобразити «нав'язливість».

Рейтинг Взаємного Задоволення. Для додаткового спостереження за взаємодією батьків і дітей було використано відео з безкоштовної гри батьків і дітей. Гра оцінювалася за ступенем задоволення для діади за шкалою від 1 до 5, де 1 являє собою найвищий ступінь позитивного впливу і комфорту у взаємодії.

Перелік заходів соціальної адаптації для дітей та підлітків (SAICA). SAICA [38] являє собою напівструктуроване інтерв'ю з 77 пунктів про адаптивне функціонування для дітей дошкільного віку про себе або, в якості альтернативи, для батьків про своїх дітей. У цьому дослідженні використовувалися підшкали відносин з матір'ю і проблем з батьками SAICA для оцінки сприйняття дітьми аспектів відносин між батьками і дітьми. Підшкала відносин з матір'ю включає три пункти: щось робить з нею; дружить/ласкавий з нею; і розмовляє з нею. Підшкала «проблеми з батьками» включає чотири пункти: дуже негативно реагує / відмовляється виконувати роботу по дому або дотримуватися обмежень; небезпечно безвідповідальний по дому; завдає шкоди будинку або сімейному майну; і фізично загрожує або нападає на батьків [111].

Предмети оцінюються за 4-бальною шкалою Лайкерта від 1 «дуже вірно» до 4 «зовсім не вірно». SAICA продемонструвала хорошу надійність і Достовірність у своїй стандартній вибірці [88]. Дві підшкали інтересу корелювали з 0,84 і 0,58 відповідно із загальною площею домашнього функціонування SAICA. Достовірність була встановлена за допомогою високих кореляцій, які були також повідомляється про співвідношення показників по субшкалі SAICA і контрольного списку поведінки дітей. SAICA також була підтверджена у дітей з СДУГ [18].

Вплив на шкалу відтворення (APS). APS-це стандартизована 5-хвилинна ігрова задача, призначена для вимірювання різних аспектів дитячої гри в удавання. Діти отримують двох ляльок і три кубики і отримують наступні інструкції:

Я тут, щоб дізнатися про те, як діти грають. У мене тут дві ляльки, і я хотів би, щоб ви пограли з ними так, як вам захочеться, протягом п'яти хвилин. Наприклад, ви можете попросити ляльок зробити що-небудь разом.

У мене також є кілька блоків, які ви можете використовувати. Обов'язково попросіть ляльок говорити вголос. Відеокамера буде включена, щоб я міг запам'ятати, що ви говорите і робите. Я скажу тобі, коли зупинитися.

Дитині повідомляють, коли залишається одна хвилина. Якщо дитина припиняє грати протягом 5 хвилин, йому / їй видається підказка: «ще є час, продовжуйте грати». Виконання завдання припиняється, якщо дитина не може грати після закінчення 2 хвилин.

П'єса була записана на відео з метою кодування. Були оцінені як когнітивні, так і афективні елементи п'єси. Наступні когнітивні оцінки були оцінені за шкалою від 1 до 5: Організація, міра якості та складності сюжету; і уява, міра новизни, блокових перетворень і фантазії п'єси. Додаткова оцінка-це Комфорт, показник задоволення дитини від гри і залученості в неї. Бали афекту-це частота афекту, загальна кількість афективних виразів в ігровому оповіданні; різноманітність афектів, виражених в 11 можливих категоріях; Позитивний афект-кількість позитивних афективних виразів в ігровому оповіданні; і негативний афект-загальна кількість негативних афективних виразів в ігровому оповіданні [130].

Було розроблено докладний посібник з підрахунку балів для APS [69]. У минулих дослідженнях повідомлялося, що надійність точок доступу між точками доступу була високою, стабільно в 80-ті і 90-ті роки.

Внутрішня узгодженість точок доступу з використанням розділеної навпіл надійності Спірмена-Брауна також висока [27]. У APS є велика кількість досліджень достовірності, що демонструють зв'язки з теоретично значущими критеріями.

Доцільність втручання оцінювалася за відвідуваністю сім'ями і виконання щотижневих домашніх завдань, а також за показниками задоволеності програмою, виконаними після сеансів втручання.

Анкета задоволеності клієнтів (CSQ). CSQ [57] являє собою опитування з 8 пунктів, призначений для оцінки задоволеності клієнтів отримуваними терапевтичними послугами. Клієнти оцінюють свій досвід за 4-бальною шкалою Лайкерта, від 1 «абсолютно незадоволений» до 4 «дуже задоволений». Дескриптори відповідей варіюються в залежності від питання, але більш високі бали вказують на більшу ступінь задоволеності по всіх пунктах. Ця добре перевірена міра була включена для оцінки батьківського сприйняття самої програми втручання з деяким відривом від особистих результатів або ступеня відбулися змін. Внутрішня узгодженість CSQ регулярно повідомляється про високу, з коефіцієнтом альфа вище 0,90[28]. Бали корелюють з оцінками терапевта задоволеності клієнтів [124], а також використання послуг і загальних результатів психотерапії[64].

Опитування про прийнятність для батьків. В ході оцінки результатів було проведено додаткове опитування по 5 пунктам, спрямований на вимірювання задоволеності нинішнім втручанням. Як і в анкеті задоволеності клієнтів, в цьому додатковому опитуванні батькам пропонується оцінити прийнятність втручання за 4-бальною шкалою Лайкерта від 1 (категорично не згоден) до 4 (категорично згоден). Батьки оцінювали свій рівень задоволення, рівень задоволення дитини, зміна відносин і зміна поведінки в своїй дитині і в собі [127].

Захід також включав три відкриті питання: 1) Що робити, якщо щось змінилося у ваших стосунках з вашою дитиною, 2) Чи були будь-які

перешкоди для участі, які ускладнювали його, і 3) Чи помітили ви будь-які інші зміни у вашій дитині після програми (наприклад, відносини з братами та сестрами/однолітками; поведінка вдома/в школі).

Висновки до другого розділу

Як і передбачалося, попередні результати втручання показують поліпшення відносин між батьками і дітьми в рамках заходів самозвіту і лабораторних завдань. У цьому дослідженні використовувалася багатомодова оцінка відносин між батьками та дітьми, щоб охопити як поведінкові, так і афективні компоненти відносин. Результати показують, що і батьки, і діти продемонстрували поліпшення в поведінковій та емоційній сферах, які впливають на відносини між батьками і дітьми.

Важливі поведінкові аспекти відносин між батьками та дітьми включають підтримку автономії, застосування суворих покарань, участь/спільні дії батьків та дітей, а також спілкування/бесіду. Після втручання в кожній з цих областей були відзначені поліпшення. Матері повідомили, що вони більше підтримували автономію своїх дітей і були менш нав'язливі у вільній грі зі своїми дітьми. Незначні поліпшення були відзначені в самозвіті матері про відповідну поведінку, що встановлює обмеження, і діти повідомили про меншу кількість дисциплінарних проблем з матерями. І матері, і сини відзначили більш активну взаємодію один з одним, а також спільні заняття, і матері були більш залучені у вільну гру зі своїми синами. Нарешті, матері і сини повідомили про краще спілкування один з одним, а діади проявили менше негативу в структурованих і неструктурованих взаємодіях в лабораторії.

Втручання також показало попередні докази поліпшення афективних аспектів відносин між батьками та дітьми. Важливі афективні або емоційні

аспекти включають прояви афекту, теплоти/прихильності і співчуття. Матері повідомили, що виявляють більше теплоти і позитивного ставлення до своїх дітей. У поведінковому плані і матері, і діти проявляли більше позитиву і прихильності один до одного в завданні Танграма, а матері були більш підбадьорюючими і менш критичними по відношенню до своїх дітей. Здатність матерів вносити ці поліпшення в структуроване завдання Танграм особливо обнадіює, оскільки вона показує, що батьки можуть коригувати свою поведінку в ситуації з великим попитом на завдання і великим потенційним стресом і негативом.

Емоційний зв'язок є найважливішим аспектом відносин між батьками та дітьми, і участь у втручанні призвела до поліпшення як вербальних, так і невербальних проявів емоцій. Після втручання одна мати написала: «...п'єса була хорошим місцем, щоб дозволити йому висловити свої гнівні почуття, і хорошим місцем, щоб дізнатися про речі, яких він боїться, засмутити його і розлютити». Інша мати розповіла, що це втручання допомогло її синові навчитися краще розпізнавати свої почуття. Під час сеансу втручання одна дитина заявила: «Це єдине місце, де я можу сказати це», маючи на увазі його здатність виражати негативні емоції в безпечному просторі. Його мати пізніше написала: «Ви допомогли (моїй дитині), і я насолоджуюся нашим спільним проведенням часу без осуду, але з великою участю і вивченням наших відносин як матері і сина».

На додаток до очікуваних ефектів втручання аналізи показали кілька несподіваних результатів. Матері вказали на більш низьку середню частоту занять між батьками і дітьми в групі втручання в порівнянні з контрольною групою. Цей суперечливий висновок, ймовірно, відображає проблеми зі стандартизацією опитувальника «дії з моєю дитиною». В анкеті не було потрібно, щоб батьки повідомляли про одні й ті ж дії в кожен момент часу, що призводило до високих рівнів варіабельності в різні моменти часу. Наприклад, батько, можливо, перерахував набір дій між батьками та дітьми на базовому рівні, які відбувалися щодня або щотижня і в середньому були

дещо приємними. Один і той же батько, можливо, потім перерахував набір різних заходів між батьками і дітьми в кінці, які відбувалися щотижня або щомісяця, але в середньому були дуже приємними. Це втручання спонукало батьків знаходити позитивний час для спілкування зі своїми дітьми, і цілком розумно, що зниження частоти, але підвищення приємності занять може відображати акцент на якості, а не на кількості занять між батьками і дітьми.

Дві змінні, що представляють інтерес для вимірювання відносин між батьками та дітьми, не були значущими ні в міжгруповому, ні в внутрішньогруповому аналізі: підшкала залученості в Tangram і загальна кількість зареєстрованих дій між батьками і дітьми. Подальший аналіз рейтингів, що включають підкалу залученості в Танграм, показав поліпшення в загальному рейтингу ступеня залученості (середній розмір ефекту) і рейтингу торкання фрагментів Танграма (великий розмір ефекту). Два додаткових рейтингу-небажана допомога та позиція / Поза-показали невеликі розміри ефекту, і не було ніяких спостережуваних групових відмінностей для оцінок

Можливо, що невеликий розмір вибірки в цьому дослідженні не дав достатньої потужності для істотного впливу на субшкалу залученості в цілому. Що стосується другої змінної, загального числа заходів між батьками і дітьми, то, ймовірно, нестандартизований формат звітності за цим показником змінив свій характер і цільове призначення. Як обговорювалося раніше, батькам був представлений формат вільної відповіді. Їх оцінки діяльності як більш приємної після втручання можуть відображати акцент на якості діяльності, а не на кількості.

РОЗДІЛ 3

ОПТИМІЗАЦІЯ ДИТЯЧО-БАТЬКІВСЬКИХ ВІДНОСИН В СІМ'ЯХ З ГІПЕРАКТИВНИМИ ДІТЬМИ

3.1. Програма оптимізації дитячо-батьківських відносин в сім'ях з гіперактивними дітьми

Процедура цього дослідження була розроблена до і після тестування (Рис. 2.1). Батькам і дітям була проведена базова оцінка, і вони були розподілені в групу втручання або контрольну групу. Десять пар батько-дитина були в групі втручання, і десять були в контрольній групі списку очікування. Після групового завдання кожна діада батько-дитина, призначена в групу втручання, збиралася на три 30-хвилинних сеанси, приблизно раз на тиждень протягом трьох тижнів. Пари, віднесені до контрольної групи, були поміщені в тритижневий «список очікування». Діади контрольної групи завершили оцінку результатів після періоду "списку очікування" і згодом завершили сеанси втручання. Ця оцінка результатів також слугувала другою базовою оцінкою, що передувала сеансам втручання, для контрольної групи списку очікування [121]. Після останнього сеансу втручання кожна діада повернулася для оцінки результатів.

Грайте в інтервенцію. Пари батько-дитина зустрілися для трьох 30-хвилинних сеансів втручання з координатом, що був сліпим до базових оцінок.

Сеанси включали дослідника, дитину та матір. Заняття були

заплановані в залежності від наявності батьків і ведучого і проходили в ЗДО№48, і всі ігрові заняття були записані на відео.

У цьому дослідженні адаптовано втручання в удавану гру, спочатку розроблене Х. Рассом і його колегами [87]. Втручання Х. Расса в удавану гру складається з стандартизованих підказок і методів, підтримуваних дослідницькою літературою в цілому [52]. Дітям надаються сюжетні основи, а фасилітатори формують гру за допомогою моделювання і підказок. Підказки для втручання включають маркування і відображення почуттів, виражених в грі, маркування причини і наслідки в історії (наприклад, «хлопчик сердиться, тому що його сестра взяла його іграшку»), моделювання уяви і вираження емоцій, похвала за креативність і емоційний вираз, підказка про те, що станеться далі в історії, і узагальнення історії дитини.

У цьому дослідженні зберігалася структура ігрового втручання з сюжетними основами і підказками. Однак його фокус змістився з заохочення уяви і вираження емоцій в грі на заохочення взаємного задоволення і залучення в гру.

На сеансах втручання батьки і діти брали участь в інтерактивній удаваній грі під керівництвом ведучого. Батько спочатку спостерігав, як ведучий використовує підказки та підкріплення, щоб допомогти дитині використовувати уяву, афект та організацію у своїй прикидній грі. Батьків вчили давати ігрові підказки, моделювати елементи фантазії і афекту і хвалити успішне використання дитиною цих елементів. Потім батько поступово включився в гру, і до кінця третього сеансу ведучий в кінцевому підсумку став спостерігачем. На кожному занятті використовувалися підготовлені сюжетні лінії, які заохочували використання уяви дитини і зачіпали теми. Учасники завершили як мінімум дві розповіді на кожен сеанс втручання. Батьків вчили давати ігрові підказки, моделювати елементи фантазії і афекту і хвалити успішне використання їх дитиною цих елементів.

Сеанс Перший. Перша сесія ігрового втручання почалася з 5-

хвилинного огляду обґрунтування лікування і протоколу втручання за участю бере участь батька. Ведучий розглянув зв'язок між удаваною грою і творчістю у маленьких дітей і переваги розвитку уяви і емоційного вираження в міру розвитку дітей. Ведучий розглянув зв'язок між СДУГ та напруженими відносинами між батьками та дітьми та представив гру як метод сприяння позитивній взаємодії між батьками та дітьми. Ведучий навчив батька підказкам, викладеним в огляді протоколу втручання, які вони отримали на базовому занятті, перш ніж запросити дитину приєднатися до них для гри.

Потім ведучий зустрівся з батьком і дитиною і запропонував короткий план сеансу, використовуючи сценарій введення, адаптований для діади зі сценарію, розробленого для індивідуального втручання [78].

Введення було:

«Мене звать, і я тут, щоб дізнатися про те, як батьки і діти грають разом. У нас є кілька іграшок, з якими можна пограти (показати сумку). Коли ми зустрінемося, ми будемо вигадувати історії про різні речі. Спочатку ми з тобою придумаємо кілька історій, а потім ти і твоя мама придумаєте кілька історій».

Кілька правил були введені на першій сесії і розглянуті на початку кожної наступної сесії. Щоб забезпечити дітям достатню свободу для прояву уяви, вираження емоцій та участі в іграх, спрямованих на дітей, правила були мінімальними: залишайтеся за столом на якому ми граємо (учасники не можуть бігати по кімнаті) і з повагою ставимося до всіх іграшок.

Ведучий дав наступне уявлення дитині:

«Ми будемо вигадувати різні історії, використовуючи іграшки на столі. Ми придумаємо історію і розіграємо її з іграшками. Я збираюся пограти з тобою. Зробіть так, щоб у історії був початок, середина і кінець, і використовуйте в історії безліч почуттів, таких як радість, смуток або гнів. Спочатку ми збираємося скласти історію о...»(Див. основи історії в керівництві по втручанням, додаток В)

Під час першої сесії ведучий розіграв 2-3 сюжетних сюжету з дитиною, перш ніж ввести батька в гру. Перші дві історії були «хлопчик і мама / тато, які ходять в зоопарк» і «хлопчик, який готується до школи». Ведучий приєднався до батька в підказках і моделюванні в міру необхідності для історій 3-5. Після 30 хвилин гри ведучий зустрівся індивідуально з батьком приблизно на 5 хвилин, щоб обговорити сеанс, дати зворотний зв'язок і представити домашнє завдання на тиждень (див. додаток Г).

Сеанс другий. На другому занятті ведучий розіграв з дитиною першу історію "володіння надздібностями". Ведучий запропонував батькові завершити решту історії. Ведучий продовжував допомагати батькові і пропонувати моделювання в міру необхідності протягом усього сеансу. Після 30 хвилин гри ведучий знову зустрівся з батьком, щоб переглянути сеанс, дати відгук про підказки та моделювання батьків і переглянути домашнє завдання за попередній тиждень.

Сеанс третій. Під час третьої сесії ведучий мінімально брав участь у грі між батьками і дітьми. Батькам було запропоновано почати кожен з 2-5 сюжетних сюжетів, беручи участь у діадичній грі з дитиною протягом 30 хвилин. В кінці третьої сесії ведучий зустрівся з батьком, щоб обговорити сесію, надати зворотний зв'язок, переглянути домашнє завдання і запланувати оцінку результатів.

Під час всіх ігрових сесій фасилітатор навчали батьків використовувати ігрову взаємодію для поліпшення відносин між батьками та дітьми. Основною метою ігрової сесії було створити позитивні, приємні враження як для батьків, так і для дитини. Батькам було рекомендовано хвалити уяву дитини, впливати на вираз і висловлювати задоволення. Їх навчали стратегіям для того, щоб залишатися залученими в гру дитини, таким як пропозиція роздумів про зміст, моделювання ідей і емоцій і приєднання до дитини в грі. Фасилітатор та батьки прагнули до того, щоб гра залишалася в основному орієнтованою на дітей, і батькам було

рекомендовано наслідувати приклад дитини. Щоб забезпечити точність втручання по діадам, координатор заповнювала короткий контрольний список під час кожної сесії, вказуючи, що вона виконала кожен з ключових компонентів втручання (Додаток В).

Іграшки, що використовуються під час сеансів втручання, були визначені на основі набору іграшок, описаних в керівництві по втручанням в індивідуальні ігри, розробленому Х. Рассом і його колегами [37]. Іграшки включали ляльок чоловічої та жіночої статі, агресивні та неагресивні іграшки для тварин, різні транспортні засоби, включаючи автомобіль, фургон, червоний фургон, сноуборд та водні лижі, а також реквізит для ляльок, включаючи одяг, інструменти та книги. Інвентар іграшок також включав більш неоднозначні іграшки, які заохочують уяву, включаючи дерев'яні блоки, конструктори Lego і пластикові форми. Нарешті, були доступні іграшки, що відповідають сюжетним основам, зокрема пов'язаним з конфліктом між батьками та дітьми у дітей з СДУГ. Наприклад, один з сюжетів був «історія про те, як хлопчик відчуває себе божевільним тому що він не хоче робити домашнє завдання». Іграшки, що відповідають цій історії, включали письмовий стіл і шкільні підручники.

Домашні ігрові сесії. Батькам у групі втручання було запропоновано присвятити час вдома спеціально для участі в удаваних іграх зі своїми дітьми (20 хвилин, 2 рази на тиждень). Батькам було видано лист відстеження для запису їх практики з удаваною грою в перервах між сеансами втручання (Додаток Г). Їм було доручено практикуватися в удаваній грі вдома зі своєю дитиною, присвячуючи два 20-хвилинних ігрових часу грі один на один з мінімальними відволікаючими факторами. Під час тренувальної гри вони спонукали дитину придумати історію, використовуючи свої власні іграшки. Їм були надані приклади сюжетних ліній, які вони могли використовувати, якщо побажають. Після кожного сеансу батьки записували дату завершення і описували щось позитивне зі своєї взаємодії з дитиною.

Контрольна група. Після проведення базової сесії діади, призначені в

контрольну групу, пройшли тритижневий період очікування, призначений для імітації «контролю списку очікування». Наприкінці періоду очікування кожна діада батько-дитина завершила оцінку результатів / другу базову сесію. Для контрольної групи ця сесія також була базовою оцінкою для втручання. Потім діада приступила до трьохсесійного втручання і оцінки результатів за один сеанс. Щоб уникнути необхідності в додатковому сеансі для діад контрольної групи, перший сеанс втручання відбувся безпосередньо після контрольного результату/другої базової оцінки. Таким чином, ця зустріч була більш тривалою, ніж інші, приблизно 90 хвилин.

3.2. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження

Характер проекту цього дослідження дозволяє проводити як міжгруповий, так і внутрішньогруповий аналіз на додаток до аналізу здійсненності [106]. Міжгруповий аналіз був проведений для групи втручання (n=15) порівняно з контролем списку очікування (n=15). Також було проведено внутрішньогруповий аналіз заходів до і після втручання для всієї вибірки (n=30). Гіпотези про вплив втручання застосовні до обох типів аналізу.

1. Здійсненність: втручання у відносини між батьками та дітьми буде сприйматися матерями дітей з СДУГ як приємне і корисне.

а. Матері повідомили б про високий рівень задоволеності результатами опитування про прийнятність батьків.

б. Матері повідомляли б про високий рівень задоволеності в анкеті задоволеності клієнтів.

2. Ефективність: матері і діти, які завершили втручання в удавану гру, повідомлять про значно збільшену якість відносин між батьками і дітьми і продемонструють значно збільшену якість взаємодії батьків і дітей на лабораторні завдання від до-до післяопераційного періоду. Ефекти також будуть спостерігатися при міжгруповому аналізі.

а. Матері повідомляють про більш високі оцінки загальних відносин

між батьками та дітьми за шкалою 1-10 та нижчі оцінки відсотка щоденних розмов, що характеризуються нагадуваннями та виправленнями.

б. Матері повідомили б про більш високі бали за показниками залученості, спілкування, встановлення обмежень і автономії в опису відносин між батьками і дітьми.

с. Матері повідомляли б про більш високі бали по субшкалі теплоти / прийняття і більш низьких балах по субшкалах поведінкового контролю і психологічного контролю батьківського звіту про інвентаризацію батьківської поведінки.

д. Матері, які завершили втручання, матимуть нижчі бали за шкалами негативності і залученості в завданнях Танграма і вільної гри, що вказує на більш позитивний вплив і більше заохочення самостійності дитини.

е. Діти, які завершили втручання, матимуть нижчі оцінки за рейтингами напруженості, афекту і чуйності за шкалою негативності завдань Танграм і вільна гра, що вказує на більш позитивний вплив і комфорт під час взаємодії батьків і дітей.

План аналізу даних був розроблений для оцінки здійсненності в якості основного показника результату. Тому аналізи носять в основному описовий характер. Середні значення і стандартні відхилення були розраховані для змінних, що цікавлять, включаючи відвідуваність сімей, виконання щотижневих домашніх завдань і пункти опитування про прийнятність батьків і анкети задоволеності клієнтів [132].

Додаткові аналізи досліджували ефективність ігрового втручання для змінних відносин між батьками та дітьми. Односторонній дисперсійний аналіз між групами (ANOVA) використовувався для перевірки суттєвих змін у відносинах між батьками та дітьми між групами (список очікування та втручання). Повторні вимірювання ANOVA використовувався для оцінки ефекту втручання в групах (до втручання і після втручання). Зокрема, аналізи вивчали відмінності в закодованих взаємодіях між батьками та дітьми, батьківському звіті про відносини між батьками та дітьми, дитячому звіті про

відносини між батьками та дітьми, а також частоті та приємності повідомлених спільних дій. Для внутрішньогрупового аналізу в якості даних перед втручанням використовувалася друга Базова сесія контрольної групи. Аналізи також досліджували розміри впливу групових відмінностей, де 0,01 = невеликий, 0,06 = помірний і 0,14= великий ефект.

Дослідницький аналіз використовував ANOVA для вивчення змін у навичках удаваної гри після втручання в гру. Аналізи порівнювали групи втручання та контрольні групи, а також повну вибірку від до після втручання. Крім того, кореляції між продуктом і моментом Пірсона використовувалися для перевірки наявності значущих кореляцій між показниками на вихідному рівні. Альфа-значення 0,05 використовувалося для всіх статистичних тестів. Надійність взаємодії для 20% діад «батько-дитина» була проведена для кодування APS, Tangram і вільна гра.

Загальна Описова статистика для вибірки представлена в Додатку Д Таблиці Д.2 (список очікування і втручання) і Таблиці Д.3 (до і після втручання). Всі змінні були перевірені на асиметрію та ексцес, але жодна з них не перевищувала порогового значення ± 3 [64; 102] .

Тест Левіна на однорідність відхилень також був проведений для всіх ANOVA. У тих випадках, коли відхилення не були рівними, значення р повідомляються для "не передбачуваних рівних відхилень".

Для перевірки впливу фасилітатора на результати були проведені односторонні АНОВИ. Між екзаменаторами не було виявлено відмінностей за будь-якими змінними результату.

Надійність взаємодії була оцінена для завдань APS, Танграм і вільна гра, оцінено 20% кожного з цих відео.

На третьому сеансі втручання забезпечено, щоб батьки виконали перший, другий і четвертий пункти. Повна точність була досягнута під час кожної сесії втручання, при цьому координатори вказували на 100% дотримання точності для кожного учасника.

Сім'ї, що погодилися взяти участь у дослідженні завершили втручання.

Це дало показник завершення дослідження в 100%. Кожна діада батько-дитина, яка почала втручання, завершила дослідження. Матерям було запропоновано проводити щотижневі ігрові заняття зі своїми дітьми після кожного сеансу втручання, в результаті чого протягом усього дослідження було проведено шість можливих ігрових занять. Кожна діада завершила від 2 до 6 домашніх ігрових сесій, в середньому 4,35 (SD=1.66).

Двадцять дев'ять учасників заповнили Анкету прийнятності для батьків та Анкету задоволеності клієнтів (*Таблиця 3.1*).

Таблиця 3.1
Здійсненність

Міра/ Предмет	N	Середній діапазон (SD)	Діапазон
Домашні ігрові сесії	30	4.47 (1.61)	2-6
Опитування про прийнятність батьків	29	17.53 (2.60)	13-20
мені сподобалося	29	3.76 (.44)	3-4
дитині сподобалося	29	3.76 (.44)	3-4
змінилися відносини	29	3.53 (.62)	2-4
поведінка дитини змінилася	29	3.06 (.75)	2-4
моя поведінка змінилася	29	3.41 (.71)	2-4
Анкета задоволеності клієнтів	29	28.41 (3.71)	18-32
якість програми	29	3.65 (.61)	2-4
вид допомоги, яку я хотів	29	3.41 (.62)	2-4
потреби задоволені	29	3.24 (.66)	2-4
зверніться до одного	29	3.76 (.44)	3-4
задоволені допомогою	29	3.53 (.62)	2-4
допомогли впоратися з проблемами	29	3.47 (.62)	2-4
задоволені в цілому	29	3.76 (.44)	3-4
приходьте знову	29	3.59 (.62)	2-4

Як і передбачалося, втручання в цілому було сприйнято матерями дітей з СДУГ як приємне і варте. В ході опитування про прийнятність батьків матері в цілому вказали на високий рівень задоволеності ($x=17,42$, $SD =2,61$, діапазон 13-20). Матері відповіли на кожне з 5 питань по 1-4 Шкала Лайкерта, де 1 вказує на "категоричну незгоду" і 4 вказує на "категоричну згоду". Кожна мати погодилася з тим, що втручання було приємним як для неї, так і для її дитини. Більшість матерів також оцінили загальне поліпшення відносин між батьками та дітьми (95 %), поведінку дитини (75 %) та власну поведінку матері (90 %). Опитування включало питання з вільною відповіддю, в яких матерям пропонувалося описати, як змінилися їхні стосунки, будь-які інші спостережувані зміни і перешкоди для участі. Матері найчастіше описували поліпшення відносин в таких областях, як більше часу проводити разом ($n=5$), більше грати ($n=5$) і поліпшення спілкування ($n=7$). Вони також відзначили поліпшення відносин між братами і сестрами ($n=5$) і

меншу кількість проявів поведінки ($n=3$). Найбільш поширені описаними бар'єрами були відстань до місця проведення дослідження ($n=4$) і складність формування навичок удаваної гри ($n=4$).

Матері також вказали на високий рівень задоволеності по CSQ ($x = 28,16$, $SD = 3,82$, діапазон 18-32). Предмети CSQ також оцінюються за шкалою Лайкерта від 1 до 4, де 1 вказує на найменше задоволення, а 4 - на найбільше задоволення. Всі матері вказали, що в цілому вони задоволені програмою ($x = 3,79$, $SD = 0,42$) і що вони направлять друга ($x = 3,74$, $SD = 0,45$). Опитування CSQ і прийнятність для батьків були сильно корельовані ($r=.77$, $p= .00$).

Аналізи вивчали зміни у відносинах між батьками та дітьми як між групами (список очікування та втручання), так і всередині груп (до втручання та після втручання).

Вихідні дані не показали суттєвих групових відмінностей за жодним показником. Середня тривалість часу між сеансами оцінки вихідних умов і результатів склала 33 дні, без істотних відмінностей в групах.

Список очікування проти втручання. Ми висунули гіпотезу про групові відмінності як в самозвіті, так і в поведінкових спостереженнях за відносинами між батьками і дітьми. Два висновки досягли значущості (Таблиця 3.2).

Відповідно до гіпотез, матері в групі втручання повідомили про значно нижчий відсоток щоденних розмов зі своїми синами, що характеризуються нагадуваннями і виправленнями, $F(1,19) = 9,47$, $p < 0,01$, $\eta^2 = .32$.

Всупереч гіпотезам, матері в групі втручання повідомили про більш низьку середню частоту занять зі своїми дітьми, ніж матері в контрольній групі, $F(1,19) = 4,73$, $p = .043$, $\eta^2 = .19$. Однак матері в групі втручання повідомили про більш високе середнє задоволення від занять зі своїми дітьми, ніж матері в контрольній групі.

До втручання і після втручання. Розглядаючи всю вибірку з 30 діад, як передбачалося, участь в навчальній ігровій інтервенції призвело до значного

поліпшення відносин між батьками і дітьми за показниками самозвіту і поведінкового спостереження від вихідного рівня до результату.

Таблиця 3.2

Ефективність: Міжгруповий односторонній

Міра/підшкала	<i>df</i> (між, всередині)	<i>F</i>	η^2	<i>p</i>
Участь	1,17	.01	.00	.92
Інвентаризація відносин між батьками і дітьми				
Спілкування	1,17	.05	.00	.82
Встановлення обмежень	1,17	2,81	.13 ^b	.11
Автономія	1,17	3,66	.16 ^a	.07
Звіт батьків про батьківській поведінці	1,18	.50	.03	.49
Психологічний контроль	1,18	3,29	.14 ^a	.09
Поведінковий контроль	1,18	.08	.00	.78
Оцінка якості відносин між батьками і дітьми	1,18	3,47	.15 ^a	.08
Рейтинг щоденних розмов	1,18	9,47 **	.32 ^a	.006
Загальна кількість занять з моєю дитиною	1,18	.00	.00	1,00
середня частота	1,18	4,73*	.19 ^a	.04
Середня приємність	1,18	1,27	.06 ^b	.27
негативність Танграм	1,18	1,56	.07 ^b	.23
залученість	1,18	.87	.01	.36
негативність вільна гра	1,18	.59	.03	.45
залученість	1,18	2,64	.12 ^b	.13
Взаємна насолода	1,18	2,88	.13 ^b	.11

^a* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$ = великий розмір ефекту; ^b = середній розмір ефекту

Показники самозвіту батьків показали значне поліпшення оцінки якості відносин між батьками і дітьми, $F(1,19) = 21,65$, $p < .01$, $p^2 = .53$; відсоток нагадувань і виправлень в щоденній розмові, $F(1,19) = 5,54$, $p = .03$, $p^2 = .23$; підшкала ЗВ'ЯЗКУ PCRI, $F(1,18) = 5,41$, $p = .03$, $p^2 = .23$; підшкала психологічного контролю PRPBI, $F(1,19) = 6,45$, $p = .02$, $p^2 = .25$; і середня оцінка приємності діяльності батьків і дітей, $F(1,19) = 5,36$, $p = .03$, $p^2 = .22$. Також відповідно до гіпотез, закодовані поведінкові спостереження показали значні поліпшення у відносинах між батьками і дітьми. Результати показали суттєві поліпшення в наступних областях: танграм задач негативу субшкала і $F(1,18) = 5.70$, $P = .03$, $P^2 = .24$; безкоштовна гра участі субшкала, що $F(1,19) = 574$, $P = .03$, $P^2 = .23$; безкоштовна гра обручальне оцінка $F(1,19) = 6.79$, P

=.02, $P_2 = .26$, і взаємна насолода від гри за рейтингом, у вигляді $F(1,19) = 6.07$, $p = .03$, $P_2 = .24$.

Вивчення розмірів ефекту показало Додаткові тенденції, що узгоджуються з гіпотезами. Батьківський самозвіт показав великі розміри ефекту для поліпшення підшкали залученості PCRI, $F(1,18) = 2,98$, $p = .10$, $p_2 = .14$ і підшкали теплоти / $prpbi$, $F(1,19) = 3,62$, $p = .07$, $p_2 = .16$ і середній розмір ефекту для підшкали установки межі PCRI, $F(1,19) = 1,25$, $p = .28$, $p_2 = .07$. У самозвіті дитини вказано великий розмір ефекту для поліпшення проблем з підшкалою батьків, $F(1,19) = 3,60$, $p = .07$, $p_2 = .16$ і середній розмір ефекту для поліпшення відносин SAICA з материнською субшкалою, $F(1,19) = 2,26$, $p = .15$, $p_2 = .11$. Закодовані поведінкові спостереження показали середні розміри ефекту для поліпшення субшкали негативності завдань вільної гри, $F(1,19) = 1,15$, $p = .30$, $p_2 = .06$ і рейтинг нав'язливості, $F(1,19) = 1,30$, $p = .27$, $p_2 = .06$.

Аналіз ефектів втручання також досліджував відмінності між поведінкою батьків і поведінкою дітей в закодованих завданнях взаємодії. Оскільки підкали негативності Танграма і вільної гри об'єднують оцінки поведінки батьків і дітей, окремі оцінки були розділені для порівняння. Результати показали поліпшення поведінки батьків та дітей як у завданнях Танграма, так і у вільній грі, хоча в завданні Танграма спостерігалось більше змін у поведінці, ніж у вільній грі. Статистично значущі поліпшення відбулися в рейтингу впливу батьків Танграм, $F(1,18) = 5,86$, $p = 0,03$, $p_2 = .25$, і відповідь танграм для клієнтів дітьми і $F(1,18) = 4.99$, $P = .04$, $P_2 = .22$. Результати показали середній розмір ефекту для підвищення рейтингу Танграм батьків напруженості і $F(1,18) = 1.15$, $P = .30$, $P_2 = .06$. Що стосується поведінки дитини, були статистично значуще поліпшення з відкриття танграм дитина напруженості і $F(1,18) = 14.06$, $p < .01$, $P_2 = .44$, а також вплив засобу на вільній грі дитини напруга відгуків і $F(1,19) = 1.93$, $P = .18$, $P_2 = .09$ і танграм дитини впливають на рейтинги і $F(1,18) = 1.89$, $P = .19$, $P_2 = .10$.

Підводячи підсумок, змінні в батьківському звіті, дочірньому звіті та поведінкових спостереженнях показали групові відмінності у відносинах між батьками та дітьми. В області батьківських звітів матері повідомили про більш високу загальну якість відносин (шкала 1-10) і більш низький відсоток щоденних розмов зі своїми синами, що характеризуються нагадуваннями і виправленнями. Матері також повідомили про збільшення зусиль, спрямованих на взаємодію зі своїми дітьми (участь у PCRI), більше задоволення під час взаємодії (заняття з моєю дитиною - Середнє задоволення), поліпшення комунікативних здібностей (спілкування з PCRI), більшої ефективності у встановленні відповідних обмежень на поведінку (встановлення межі PCRI), більшої теплоти та прийняття дітей (Теплота/прийняття PRPBI) та зниження вимог до суворого поведінкового контролю (поведінковий контроль PRPBI). Діти повідомили про значне зменшення проблем з батьками, що відображає меншу кількість зухвалої поведінки і менше конфліктів між батьками і дітьми вдома (проблеми SAICA з батьками), а також поліпшення загальної якості відносин зі своїми матерями (відносини SAICA з матір'ю). Нарешті, закодовані лабораторні завдання показали меншу загальну негативність діад (негативність Танграма; негативність вільної гри), більш відповідне участь батьків у грі (участь у вільній грі; участь у вільній грі; Нав'язливість вільної гри) і більше взаємне задоволення від гри (взаємне задоволення від вільної гри) в результаті участі у втручанні. Для подальшого уточнення змін у поведінці батьків і дітей в закодованих взаємодіях були окремо проаналізовані оцінки по субшкалах, що відображають поведінку батьків і поведінку дітей. Всі три оцінки поведінки батьків-вплив батьків, напруга батьків і реакція на дитину – покращилися в завданні Танграм після втручання.

Вплив втручання на ігрові навички. Результати показали, що втручання у відносини між батьками та дітьми мало певний вплив на поліпшення ігрових навичок дітей (*Додаток Д Таблиця Д.4*).

Батьки демонстрували в цілому більш позитивне ставлення до своїх

дітей, меншу напругу під час взаємодії і більше підтримки і теплоти по відношенню до своїх дітей після втручання.

Поведінка дітей також покращилася в обох завданнях після втручання. Вони продемонстрували більш позитивний ефект під час виконання завдання Танграм і меншу напругу як під час виконання завдань Танграм, так і в режимі вільної гри. Чуйність дітей по відношенню до батьків також показала невеликі розміри ефекту в обох завданнях, але не досягла значущості.

Таким чином, результати, що показують групові відмінності в зниженні негативності по обох завданнях, відображають зміни в поведінці як батьків, так і дітей.

Були середні розміри ефекту для збільшення уяви, $F(1,19) = 1,73$, $p = .20$, $p^2 = .08$; організація, $F(1,19) = 1,51$, $p = .23$, $p^2 = .07$; і комфорт, $F(1,19) = 1,20$, $p = .29$, $p^2 = .06$ за шкалою впливу на гру.

Результати показали великий розмір ефекту для різних афектів APS, $F(1,19) = 3,09$, $p = .10$, $p^2 = .14$. Ігрові розповіді дітей про цю неструктуровану ігрову задачу були оцінені як більш творчі та організовані після втручання, і їх гра містила більшу різноманітність виражених емоцій. Діти також були оцінені як більш зручні в грі. Не було відзначено ніяких негативних наслідків для ігрових навичок.

Вихідні показники були вивчені на предмет наявності значущих взаємозв'язків. Батьківський звіт про якість відносин був позитивно пов'язаний з субшкалою встановлення межі PCRI ($r = .44$, $p = .03$) і негативно пов'язаний із середнім рейтингом задоволення від діяльності ($r = -.59$, $p < .01$). Обидва знаходяться в очікуваному напрямку, оскільки нижчі оцінки вказують на більше задоволення від діяльності.

Батьківський звіт про встановлення обмежень на PCRI був негативно пов'язаний із середньою кількістю заходів, про які повідомлялося з дітьми ($r = -.53$, $p = .01$). Батьківський звіт про теплоту /прийняття по PRPBI корелював в позитивному напрямку з субшкалами залученості PCRI ($r = .70$, $p < .01$) і спілкування ($r = .46$, $p = .02$).

У закодованих лабораторних завданнях виявилася значна взаємозв'язок між негативністю в Танграмі і завданнями на вільну гру ($r = .56, p = .01$). Взаємозв'язок не досягла значущості для субшкали залученості ($r = .31, p = .20$). Загальні закономірності між двома завданнями показали різні рівні згоди для конкретних оцінок (*Додаток Д Таблиця Д.3*).

Найбільш сильні кореляції між завданнями були для батьківського впливу ($r = .61, p < .01$) і для батьківської нав'язливості/небажаної допомоги ($r = .63, p < .01$). Оцінки, що стосуються конкретних дітей, не виявили суттєвих кореляцій між завданнями, пов'язаними з впливом дитини або напругою дитини, але виявили тенденцію до реакції на батьків ($r = .42, p = .07$).

Аналіз ANOVA всередині груп показав, що оцінки впливу дитини і напруженості дитини були значно нижче в задачі "вільна гра" в порівнянні з завданням "Танграм" ($F(1,18) = 12,65, p < .01, \eta^2 = .41$ і $F(1,18) = 29,97, p < .01, \eta^2 = .64$ відповідно) (*Таблиця 3.3*). Великі розміри ефекту були також виявлені для залученості, $F(1,18) = 4,19, p = .06, \eta^2 = .19$ і оцінок нав'язливості, $F(1,18) = 3,74, p = .07, \eta^2 = .17$, так що батьки були більш залучені і менш нав'язливі у вільній грі, ніж у завданні Танграма.

Таблиця 3.3

Вихідні лабораторні завдання всередині групи повторні вимірювання

Подшкала/Подшкала	<i>df</i>	(між, <i>F</i>	<i>np 2</i>	<i>p</i>
	<i>всередині</i>)			
Субшкала негативності	1,18	8,07*	.31 ^a	.01
загальний настрій	1,18	1,35	.07 ^b	.2 ^b
вплив дитини	1,18	12,65**	.41 ^a	.00
напруга дитини	1,18	29,97**	.64 ^a	.00
реакція на батька	1,18	.30	.02	.59
вплив батька	1,18	1,06	.06 ^b	.32
напруга батька	1,18	2,7 ^b	.13 ^b	.11
реакція на дитину	1,18	.00	.00	1,00
Участь Субшкала	1,18	36,92**	.67 ^a	.00
залученість загальна	1,18	4,19	.19 ^a	.06
ступінь залученості/ Нав'язливість/небажана допомога	1,18	3,74	.17 ^a	.07 ^a

* $P < .05$, ** $p < .01$

^a = великий розмір ефекту; ^b = середній розмір ефекту

Результати також показали значні кореляції між ігровими навичками та

змінними відносин між батьками та дітьми. Повідомлення дитини про проблеми з батьками на SAICA було позитивно пов'язане з організацією APS ($r = .43$, $p = .03$) і уявою APS ($r = .41$, $p = .04$), так що більш високі оцінки проблем з батьками були пов'язані з кращою організацією і навичками уяви в грі.

Уява APS також корелювала з середньою частотою занять батьків зі своєю дитиною ($r = 0,48$, $p = 0,02$), так що краще навички уяви в грі пов'язані з меншою середньою частотою спільних дій батьків і дітей. Нарешті, більш низька якість відносин з батьками була пов'язана з більш високим розмаїттям виразів афекту AP ($r = -.52$, $p = .01$), кращим уявою ($r = -.44$, $p = .03$) і більш позитивним виразом афекту в грі ($r = -.42$, $p = .04$).

Основна мета цього дослідження полягала в тому, щоб перевірити доцільність втручання у відносини між батьками та дітьми на основі ігор для матерів та їхніх дітей з СДУГ. Основні висновки полягали в тому, що матері оцінили це втручання як приємне та ефективне. Матері вказали на загальне поліпшення відносин між батьками та дітьми на додаток до інших поліпшень настрою та поведінки. З батьків, які брали участь у дослідженні, всі завершили дослідження, як тільки почали втручання. Вторинною метою цього дослідження було вивчення попередніх наслідків втручання для відносин між батьками та дітьми.

Попередні результати вказують на позитивний вплив на відносини між батьками та дітьми, що узгоджується з показниками самозвіту та лабораторними завданнями. Про будь-які негативні наслідки втручання не повідомлялося і не спостерігалось.

В цілому, це пілотне техніко-економічне обґрунтування показує доцільність продовження, ґрунтуючись як на показниках участі, так і на звітах батьків про задоволеність. Приблизно половина батьків, які виявили початковий інтерес до дослідження, були присутні на останньому сеансі. З тих, хто не брав участі в дослідженні, більшість ніколи не вступали в контакт у відповідь по телефону. Слід зазначити, що батьки погодилися на те, щоб з

ними зв'язалися з приводу дослідження на сеансі зворотного зв'язку після початкового

Таким чином, в той день батьки вперше отримали інформацію з приводу СДУГ у своєї дитини і взяли участь у сеансі зворотного зв'язку, який включав психолого-педагогічну освіту з приводу СДУГ, рекомендації з поведінки вдома і в школі та обговорення управління поведінкою дитини. Хоча втручання було представлено як корисний перший крок у корекції, цілком імовірно, що багато сімей були перевантажені інформацією та варіантами лікування і вирішили провести інше початкове втручання для усунення симптомів СДУГ.

З 30 діад мати-дитина, які брали участь у дослідженні, всі завершили п'ять сеансів. Це вказує на те, що батьки та діти, ймовірно, вважали втручання приємним, і батьки були мотивовані завершити втручання, незважаючи на інші проблеми.

На додаток до завершення навчання всі 30 діад-учасників завершили домашні ігрові сесії між сесіями втручання. Завершення домашніх ігрових занять було корисним компонентом втручання, оскільки воно дозволяло батькам і дітям узагальнювати набуті навички в домашній обстановці і полегшувало обговорення між батьками і фасилітаторами проблем, що виникають вдома. Наприклад, одна з батьків повідомила після своїх перших домашніх ігор, що її син легко відволікався в їх ігровій кімнаті і йому було важко зосередитися на якій-небудь одній іграшці досить довго, щоб мати помітну взаємодію зі своєю матір'ю. Ведучий рекомендував проводити ігрові заняття за столом або на ковдрі на підлозі, щоб накласти фізичні межі, а також вибрати кілька обраних іграшок для ігрового часу, щоб зменшити надмірну стимуляцію. Майбутні домашні ігрові заняття з цією діадою пройшли набагато більш гладко, і мати і син зазнали більше задоволення на майбутніх заняттях.

Здійсненність була оцінена кількісно за допомогою опитування про прийнятність для батьків і анкети задоволеності клієнтів. Всі матері вказали в

опитуванні про прийнятність для батьків, що їм і їхнім дітям сподобалося брати участь у програмі. Крім того, більшість вказали, що спостерігають зміни у своїх стосунках зі своєю дитиною, поведінці своєї дитини в різних областях і своїй власній поведінці. Відповідаючи на запитання про безкоштовні відповіді, матері вказали, що найбільш поширеними змінами у відносинах між батьками та дітьми були проведення більшого часу разом, більше ігор і поліпшення спілкування. Інші повідомлені зміни у відносинах включали поліпшення батьківського комфорту за допомогою ігрових навичок, можливість проводити час разом, краще розуміння дитини, збільшення терпіння і поліпшення навичок емоційного вираження у дитини. Один з батьків написав: «Набагато простіше! Ми більше говоримо і менше кричимо. Я краще розумію його потреби». Інший описав: «Я вивчив нові методи, які можуть стимулювати його творчу гру, дозволяючи мені більше взаємодіяти з ним». Повідомлені поліпшення в інших областях включали поліпшення відносин між братами і сестрами, меншу кількість розігрується поведінки, поліпшення ігрових навичок, підвищення просоціальної поведінки, підвищення емоційної обізнаності та поліпшення настрою. Одна мати заявила: «Щасливіше, не так негативно ставиться до себе. Не так тривожно або страшно». Інший повідомив: «Я отримую нове розуміння того, що його СДУГ означає для нього і його вплив на нашу сім'ю».

У пунктах безкоштовних відповідей також розглядалися перешкоди для участі. Найбільш поширеними перешкодами були відстань / місце розташування місця проведення дослідження і труднощі з навичками удаваної гри. Інші перешкоди включали в себе поведінку дитини, напружений сімейний графік, брата або сестру потреби і рівень батьківської енергії. В одному з відповідей говорилося: «Це допомогло нашим відносинам. Але ми все ще боремося з повсякденною рутинною, де у нас не так багато свободи або здатності дозволити йому керувати. Наприклад, ця програма не поширюється на своєчасне вставання і підготовку до школи».

Вивчення результатів CSQ показало, що всі матері були задоволені

програмою в цілому і рекомендували б програму подрузі, яка потребує аналогічної допомоги. Оцінки цих двох пунктів варіювалися від 3-4, що вказує на помірну або високу згоду / задоволеність. Рейтинги інших шести пунктів варіювалися від 2-4. Слід зазначити, що тільки троє з двадцяти учасників оцінили 2 бали за будь-яким пунктом, що свідчить про легку незадоволеність. Двоє описали труднощі з творчістю під час гри, а інша вказала як на дискомфорт від режиму удаваної гри, так і на зростаючі поведінкові труднощі з її дитиною, що збігаються з початком дитячого садка безпосередньо перед втручанням. Один з батьків зазначив у розділі коментарів CSQ: «Мені дійсно сподобалося брати участь! Я грав з [моєю дитиною] раніше, але внесення невеликих змін дуже допомогло, і це більше не здається рутиною, скоріше, я з нетерпінням чекаю цього. Я не прийшов у це дослідження з будь-якими великими очікуваннями, але я закінчую це, думаючи, що це коштувало, і я не можу сказати про це досить добре». Оцінки CSQ у цьому дослідженні відповідали оцінкам батьків, які брали участь у інших дослідженнях лікування [46; 104]. Наприклад, вибірка з 35 прийомних батьків, які пройшли семінар з психічного здоров'я, мала середні оцінки CSQ, аналогічні тим, про які повідомлялося в цьому дослідженні ($x = 24,69$, $SD = 3,53$) [67; 107].

Кожне з цих досліджень мало такі ж розміри вибірки, як і сьогодення вивчіть і оцініть батьківський звіт по CSQ.

Обмеження. Під час втручання деяким батькам було важко звикнути до удаваної гри. Для цих батьків було корисно спеціально усунути їх дискомфорт і провести мозковий штурм, щоб брати участь в ігровому взаємодії, яке було б більш комфортним. Деякі батьки вважали корисним зосередитися на одному елементі взаємодії за раз, такому як моделювання вираження емоцій або узагальнення історії дитини. Також стало очевидно, що у деяких батьків був інший стиль гри, ніж у фасилітаторів. Фасилітатори, як правило, були дуже енергійними і «дурними», що деяким батькам було важко відтворити. Нормалізація та обговорення цих відмінностей були

корисними для підвищення комфорту батьків у грі. Кілька діад так і не змогли повністю освоїтися з середовищем удаваної гри. Це може бути корисно обговорити більш широкі питання на винос після втручання, які допомагають батькам знайти найбільш зручні і вигідні способи поліпшення відносин між батьками і дітьми. Наприклад, батьків можна було б заохочувати до 1) вибору занять, які дозволяють проводити час один на один далеко від відволікаючих факторів, таких як екрани або брати і сестри; 2) не забувайте постійно хвалити і висловлювати задоволення від діяльності, і 3) уникайте занадто великого акценту на продуктивності або здібностях дитини, так як більш ефективно хвалити зусилля і ідеї, ніж навички.

Останньою областю для уточнення може бути включення в керівництво по втручанняю прикладів для фасилітаторів підказок для коучингу під час сеансу. Хоча більш детальне обговорення порад щодо коучингу після кожної сесії є корисним і важливим, коучинг *in vivo* є найважливішим елементом втручання. Може бути важко тренувати батьків, не порушуючи хід гри діади і не привертаючи уваги дитини до коучингу, тому була розроблена серія коротких підказок, щоб допомогти фасилітаторам тренувати батьків під час ігрових взаємодій. До них відносяться: «Знайдіть спосіб працювати з деякою похвалою», «це було б хорошим місцем для підведення підсумків», «дотримуйтесь його прикладу» і «опишіть, що він робить». Додаткові підказки також можуть бути додані в залежності від потреб кожної діади [108; 157].

При інтерпретації результатів і визначенні майбутніх напрямків слід враховувати деякі обмеження цього дослідження. Одним з обмежень поточного дослідження є невеликий розмір вибірки, що дає низьку статистичну потужність для виявлення групових відмінностей.

Описи ефектів втручання є попередніми і повинні інтерпретуватися з обережністю, але багатообіцяючі результати свідчать про те, що впровадження втручання з більшою вибіркою виправдано. Враховуючи високий рівень задоволеності батьків, а також попередні результати, що

свідчать про його ефективність, втручання у відносини між батьками та дітьми може бути перспективним першим модулем лікування для маленьких дітей з діагнозом СДУГ. Більший розмір вибірки дозволить більш ретельно вивчити наслідки втручання.

У зв'язку з використанням безлічі методів для повної оцінки відносин між батьками і дітьми було проведено велику кількість аналізів для вивчення наслідків втручання. Первинний аналіз обмежувався змінними, включеними в гіпотези. Кількість аналізів збільшує можливість випадкового виявлення ефектів, але ефекти послідовно розвивалися в передбачуваному напрямку. Крім того, самооцінка батьків про задоволення втручанням несе вроджені упередження, засновані на їх участі та завершенні дослідження. Матері, які відвідували всі сеанси втручання і були залучені в програму, з більшою ймовірністю повідомлять про позитивні результати і задоволеності. Однак спостереження за зміною відносин між батьками та дітьми за допомогою лабораторних вимірювань дозволяє припустити, що справжня зміна, ймовірно, відбулася в більшості діад.

Ще одним обмеженням цього дослідження була відсутність стандартизації в роботі з моєю дитиною. Оскільки батьки могли повідомляти про різні види діяльності в кожен момент часу, було неможливо порівняти середній час, проведений в кожному виді діяльності, або середній рівень задоволення від кожного виду діяльності до і після втручання. Цей робочий аркуш можна було б Переглянути, щоб зібрати базовий набір типових дій батьків і дітей, які оцінюються за частотою і задоволення на базовому рівні і в результаті. Було б корисно включити цей робочий аркуш у майбутню оцінку відносин між батьками та дітьми, оскільки він збирає інформацію, що стосується поведінкової сфери спільних занять/інтересів та участі з дітьми.

Тимчасові обмеження обмежували можливість збору подальших даних від діад матері і дитини. Хоча початкові оцінки результатів показали поліпшення відносин між батьками та дітьми, невідомо, чи збережуться ці поліпшення з плином часу. Одне попереднє дослідження з використанням

втручання Х. Расса та колег (2004) у прикидну гру показало, що ефекти зберігаються протягом 2-8 місяців спостереження [124]. Проте справжнє дослідження спрямоване на зміну відносин, а не на навички гри, тому подальше спостереження дозволить встановити, чи може втручання, засноване на грі, узагальнити і підтримувати зміну відносин з плином часу.

Сім'ї також, як правило, були високо мотивовані на покращення взаємодії з титиною. Більшість учасників були недавно діагностовані і, можливо, почали інші види лікування у зв'язку з участю в дослідженні. Дані про медикаментозний статус учасників дослідження в цьому дослідженні не збиралися.

Висновки до третього розділу

Дослідницький аналіз показав, що в результаті цього втручання ігрові навички дітей дещо покращилися. Діти продемонстрували більш високі бали як за когнітивними, так і за афективними показниками за шкалою «вплив у грі» після втручання. Це суперечить попереднім висновкам про те, що гра батьків і дітей знижує спостережувані ігрові навички дітей. Справжнє дослідження відрізняється тим, що батьків навчали підтримувати і підтримувати дитячі ігри. Елементи коучингу були розроблені для вирішення конкретних проблем, пов'язаних із взаємодією батьків і дітей серед дітей з СДУГ, таких як обмежена увага, гіперактивність і підвищена зосередженість. Коучинг може бути важливим елементом у використанні взаємодії батьків і дітей для поліпшення ігрових навичок у дітей з СДУГ.

Показано, що увага до дитини з СДУГ може певним чином змінити поведінку батьків по відношенню до дитини, що, в свою чергу, змінює поведінку дітей. Тому, щоб поліпшити хороші відносини між батьками і дітьми, необхідно змінити погану практику виховання. Це може статися тільки завдяки впровадженню поздовжніх програм навчання батьків.

Також, скорочення примусової поведінки батьків по відношенню до дітей за допомогою втручання в навчання батьків призводить до зниження рівня антисоціальної поведінки у агресивних дітей.

Благополуччя батьків і психологічний стрес, поведінка дитини з СДУГ і підтримка з боку педагогів, психологів, лікарів та ін. — все це впливає на функціонування сім'ї. Навчання родини менеджменту з упором на ефективні стратегії виховання, а також навчання родини пізнання для сприйняття батьківського стресу, самоповаги і локусу контролю можуть допомогти батькам у їх вихованні і зміцненні функціонування сім'ї. Батьки потребують підтримки, щоб розпочати спостереження за дітьми з СДУГ, щоб полегшити тягар передбачуваної відповідальності матерів. Особливо, батьки з СДУГ повинні бути розглянуті при виборі стратегії роботи лікарів, психологів, педагогів та сімейного втручання. Психологічне втручання в перебіг життя дитини з СДУГ, як видається, покращує сімейне життя, і батьки потребують підтримки у прийнятті рішень, і зосередження уваги на всій родині має важливе значення як частина раннього втручання. Батьки потребують мультидисциплінарної підтримки та спостереження з боку психологів та персоналу школи та дитячого садка, як у їхньому вихованні, так і в прийнятті рішень і подальших діях, і дуже важливо зосередити увагу на всій родині, оскільки раннє втручання може допомогти сім'ї.

Дослідницький аналіз взаємозв'язку між поведінкою батьків і дітей в рамках лабораторних завдань «вільна гра» і «Танграм» дозволив зробити кілька важливих висновків. У той час як загальна залученість і загальна негативність позитивно корелювали між цими двома завданнями, деякі оцінки демонстрували різні закономірності. Діти продемонстрували значно більш позитивний ефект і меншу напругу при виконанні неструктурованого завдання на вільну гру. Батьки також були більш залучені і менш нав'язливі у вільну гру. Ці результати підкреслюють обґрунтованість використання удаваної гри як способу побудови відносин у популяції з СДУГ. Більш структуровані дії батьків і дітей, такі як настільні ігри, головоломки або

вироби, можуть бути менш ефективними через нав'язані вимоги і структури завдань.

ВИСНОВКИ

1) Дослідженням здійснено теоретичний аналіз загальної та спеціальної психолого-педагогічної літератури щодо висвітлення питання гіперактивності. Згідно досліджених наукових джерел, синдром дефіциту уваги /гіперактивності (СДУГ) класифікований в 2000-х роках і, як видається, зачіпає 5,6% дітей дошкільного віку в Україні і має тенденції росту чисельності дітей. Вважається нейропсихорозпланувальним розладом, прояви варіюються від однієї дитини до іншої. Ми визначаємо три клінічні ознаки в різних пропорціях: неухважність, неспокій і імпульсивність.

СДУГ, як діагноз та підходи до лікування цього розладу з 1970-х років наукове середовище вважає спірними. В суперечках з цього приводу приймають участь клініцисти, вчителі, політики, батьки та засоби масової інформації. В дослідженні ми спирались на позицію тієї когорти вчених, які вважають існування СДУГ сучасною дійсністю.

Здійснено теоретичний аналіз загальної та спеціальної психолого-педагогічної літератури щодо висвітлення питання дитячо-батьківських відносин в сім'ях з гіперактивними дітьми. Наукові джерела документують порушення взаємодії батька і дитини на додаток до переконливих доказів порушеної взаємодії матері та дитини у дітей з синдромом дефіциту уваги /гіперактивності (СДУГ). Незважаючи на це процес виховання батьками їх дітей та їх участь в сім'ї з дітьми з СДУГ залишаються недослідженими.

Думка про те, що дітьми можливо проявлення неухважності і неспокої, не нова.

2) Визначено та обґрунтовано критерії, показники та дані характеристики гіперактивності. За результатами нашого дослідження було встановлено, що у відсотковому співвідношенні у хлопчиків дошкільного віку показник гіперактивності вищий, ніж у дівчат дошкільного віку у відсотковому вираженні на рівні 5%, що відповідає науковій літературі, врахованій в роботі. Результати дослідження гіперактивності у дітей дошкільного віку показали наступне: дефіцит уваги на рівні 63,3%, 36,7%, імпульсивність 70%, 30%, агресивність 60%, 40%, гіперактивність 63,3%, 36,7 у хлопчиків та дівчат відповідно.

Нами також було узагальнено зв'язок проявів емоційно-вольової сфери з проявами гіперактивності дітей дошкільного віку.

Визначено та обґрунтовано критерії, показники та дана характеристика дитячо-батьківським відносинам в сім'ях з гіперактивними дітьми. Важливі поведінкові аспекти відносин між батьками та дітьми включають підтримку автономії, застосування суворих покарань, участь/спільні дії батьків та дітей, а також спілкування/бесіду. Після втручання в кожній з цих областей були відзначені поліпшення.

3) Експериментально перевірені дитячо-батьківські відносини в сім'ях з гіперактивними дітьми. Так, з отриманими результатами 80% батьків дуже вимогливі до своїх дітей і чекають відповіді для себе від них, тоді, коли 20% батьків менш вимогливі до своєї дитини або зовсім не вимогливі, щодо відношення до дитини, тому ці діти проявляють себе самостійно та належать собі.

4) Обґрунтовано ефективність шляхів оптимізації дитячо-батьківських відносин в сім'ях з гіперактивними дітьми. Результати втручання позитивні і підтверджені пілотним техніко-економічним обґрунтуванням.

Показники показали значне поліпшення оцінки якості відносин між батьками і дітьми, $F(1,19) = 21,65$, $p < .01$, $r^2 = .53$; відсоток нагадувань і

виправлень в щоденній розмові, $F(1,19) = 5,54$, $p = .03$, $p^2 = .23$; підшкала ЗВ'ЯЗКУ PCRI, $F(1,18) = 5,41$, $p = .03$, $p^2 = .23$; підшкала психологічного контролю PRPBI, $F(1,19) = 6,45$, $p = .02$, $p^2 = .25$; і середня оцінка приємності діяльності батьків і дітей, $F(1,19) = 5,36$, $p = .03$, $p^2 = .22$. Також відповідно до гіпотез, закодовані поведінкові спостереження показали значні поліпшення у відносинах між батьками і дітьми. Результати показали суттєві поліпшення в наступних областях: танграм задач негативу субшкала і $F(1,18) = 5.70$, $P = .03$, $P^2 = .24$; безкоштовна гра участі субшкала, що $F(1,19) = 5.74$, $P = .03$, $P^2 = .23$; безкоштовна гра обручальне оцінка $F(1,19) = 6.79$, $P = .02$, $P^2 = .26$, і взаємна насолода від гри за рейтингом, у вигляді $F(1,19) = 6.07$, $p = .03$, $P^2 = .24$. Найбільш сильні кореляції між завданнями були для батьківського впливу ($r = .61$, $p < .01$) і для батьківської нав'язливості/небажаної допомоги ($r = .63$, $p < .01$). Оцінки, що стосуються конкретних дітей, не виявили суттєвих кореляцій між завданнями, пов'язаними з впливом дитини або напругою дитини, але виявили тенденцію до реакції на батьків ($r = .42$, $p = .07$).

Емоційний зв'язок є найважливішим аспектом відносин між батьками та дітьми, і участь у втручанні призвела до поліпшення як вербальних, так і невербальних проявів емоцій. В цілому, це ігрове втручання у відносини між батьками і дітьми стало успішним засобом навчання батьків поліпшенню відносин зі своїми дітьми.

Деякі аспекти протоколу втручання можуть бути уточнені в майбутньому для підвищення ясності та ефективності втручання. Перед початком втручання може бути корисно уточнити у батьків, що основну увагу слід приділяти побудові відносин, а не управління поведінкою. Пара батьків висловила бажання отримати допомогу в розробці стратегій управління поведінкою, на вирішення яких справжнє втручання не спрямоване. Також може бути корисно заздалегідь обговорити з батьками тему агресії в дитячих іграх. Ця тема виникла майже у кожного учасника, і батьки в цілому стурбовані проявами негативного впливу дітей, зокрема

агресії, в грі. Було корисно обговорити з батьками висновок про те, що агресія в грі не пов'язана з реальною агресією і насправді, як було показано, пов'язана з просоціальною поведінкою в класі.

Враховуючи багатообіцяючі результати цього дослідження та обмежені, викладені в пункті 3.2. Розділ 3, необхідне подальше вивчення втручання у відносини між батьками та дітьми. Грунтуючись на спостереженні за діадами, можливо, що втручання найбільш ефективно в рамках конкретних профілів. Наприклад, матері найменших дітей (у віці 6 років) зазвичай описували найбільший прогрес і найкращі результати. Можливо, це втручання є найбільш ефективним для дітей молодшого віку, які можуть бути більш відкритими для притворної гри, і які можуть мати менше негативних інтерактивних моделей, встановлених з матерями. Таким чином, дослідницьке втручання може бути найбільш ефективним для діад з визнаними труднощами у відносинах.

Більш поглиблений аналіз поведінки батьків і дітей в ході кожної взаємодії може допомогти прояснити взаємні ефекти конкретних форм поведінки. Наприклад, діти краще реагують на описові твердження або на питання? Чи реагують діти по-різному на похвалу від кураторів у порівнянні з похвалою від своїх матерів? Це втручання також може бути протестовано в різних групах населення, схильних до ризику виникнення напруженості у відносинах між батьками і дітьми. Втручання може бути спрямоване на дітей з тривожністю, щоб створити більше позитиву та безпеки у відносинах між батьками та дітьми. Його також можна використовувати з дітьми в лікарняних умовах, щоб відновити почуття комфорту, відвернути увагу і полегшити обробку складних ситуацій. Майбутні дослідження можуть принести користь від включення багатометодної оцінки відносин між батьками та дітьми, щоб більш повно зрозуміти, як втручання змінюють різні аспекти відносин.

Основними компонентами втручання були навчання батьків хвалити своїх дітей, висловлювати задоволення у взаємодії, слідувати керуванню дитиною під час гри і підтримці взаємної участі у спільній діяльності.

В цілому, ігрове втручання у відносини між батьками та дітьми, розроблене в цьому дослідженні, показує перспективність як інструмент побудови відносин для батьків дітей з СДУГ. Всі висновки є попередніми і повинні інтерпретуватися з обережністю через розмір вибірки, але результати заслуговують продовження дослідження.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аверін В. А. Психологія дітей і підлітків. Запоріжжя. Освіта. 2018. 192 с.
2. Альошина Ю. Є. Популярна психологія для батьків. Харків. *Психологія*. 2018. 304 с.
3. Альтхерр П., Берг Л. Гіперактивні діти: корекція психомоторного розвитку. Київ. *Наука*. 2018. 160 с.
4. Ар'єв Р.О. Причини агресивної поведінки підлітків / Вип. 1. 2020. С. 94–100.
5. Арцишевська І.Л. Робота психолога з гіперактивними дітьми в дитячому садку. Київ. *Книголюб*. 2017. С. 55.
6. Баркова Ю. А., Глозман Ж. М. Групова корекція порушень поведінки у дітей різного віку. *Психологічна наука і освіта*. Вип. 3. 2018. С. 104–110.
7. Басов М. Я. Обраний. психологічні твори. Педагогіка. Київ. 2020. 432 с.

8. Батьків не обирають: проблеми відповідального батьківства в сучасній Україні / за ред. Ю. М. Якубової. Київ. 2017. 168 с.
9. Берон Р. Агресія. Харків. Освіта. 2016. 336 с.
10. Бреслав Г. М. Емоційні особливості формування особистості в дитинстві: Норма і відхилення. Київ. *Педагогіка*. 2017. 144 с.
11. Брязгунов І. П. Непосидюча дитина, або Все про гіперактивних дітей. Київ. Психотерапія. 2018. 202 с.
12. Бютнер К. Жити з агресивними дітьми. Київ. *Просвітництво*. 2016. 141 с.
13. Варга А. Я. Роль батьківського ставлення в стабілізації дитячої невротичної реакції. Київ. 2016. С. 32–38.
14. Вассерман Л. І. Батьки очима підлітка. Психологічна діагностика в педагогічній практиці. Львів. *Мова*. 2018. 256 с.
15. Виготський Л. С. Психологія розвитку людини. Київ. 2017. 136 с.
16. Виховання дітей дошкільного віку / під ред Л. Н. Проколієнко. Київ. Радшкола. 2018. 368 с.
17. Волкова Е. М. Важкі діти і важкі батьки. Київ. 2021. С. 16–18.
18. Гільбуха Ю.З., Учбова діяльність молодшого школяра: діагностика та корекція неблагополучностей. Київ. 2016. 156 с.
19. Гончаренко С. У. Український педагогічний словник. Київ. Либідь. 1997. 374 с.
20. Грибанов А. В. Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю у дітей. К. Акад. проект. 2018. 243 с.
21. Гуцало Е. У. Психологічна допомога гіперактивним дітям. Актуальні проблеми практичної психології. Херсон. 2016. С. 77–80.
22. Демянів І. Дослідження психологічних особливостей агресивної поведінки підлітків. *Матеріали міжвузів. наука. конф. «Нові педагогічні технології навчання і виховання»*. Слов'янськ. СДП. 2003. С. 105–107.

23. Діалектика вищої освіти: трансформація від декларації до реалізації. Харків. Еспада. 2019. 304 с.
24. Домова П. Г. Психокорекційна робота з попередження агресивності підлітків. Вип. 3. Київ. 2018. С. 3–8.
25. Дубровіної І.В. Робоча книга шкільного психолога. Київ. Просвітництво. 2016. 167 с.
26. Ейдеміллер Е. Г. Психологія і психотерапія сім'ї. Київ. 2017. 498 с.
27. Ельконін Д. Б. Психологія гри. Київ. *Педагогіка*. 2017. 304 с.
28. Єрпіязова В. Стиль сімейного виховання і майбутнє дитини / в.Єрпіязова / / Педагогіка і психологія професійної освіти. Вип 3. 2002. С. 224–228.
29. Єськова А. О. Психологічні особливості виявлення та подолання гіперактивності у дітей старшого дошкільного та молодшого шкільного віку. Гуманізація навчально-виховного процесу. Слов'янськ. 2016. Вип. 31. С. 243–248.
30. Заваденко М. М. Фактори для формування дефіциту уваги та гіперактивності в дітей. Світ психології. Вип. 1. Харків. 2019. 231 с.
31. Заваденко Н. М. Гіперактивність і дефіцит уваги в дитячому віці: навч. посібник. Харків. *Академічні кола*. 2017. 255 с.
32. Захаров А. І. Як допомогти нашим дітям позбутися страху. Харків. 2017. 248 с.
33. Зверева О. Л. Сімейна педагогіка і домашнє виховання. Київ. *Академія*. 2003. 160 С
34. Іванов Д. І. Психологічний аналіз системи дитячо-батьківських відносин у парадигмі глибинної психології: автореф. дис. канд. психол. наук / Д. І. Іванов. Одеса. 2016. С 20.
35. Іванцова А. К. Про роботу з проблемними сім'ями. Вип. 10. 2018. С. 18 – 20

36. Ілляшенко Т.Д. Чому їм важко вчитися? Київ. Початкова школа. 2016. 316 с.
37. Ільїн Е.П. Диференціальна психофізіологія. Львів. 2021. 464 с.
38. Ільїн Е.П. Психомоторна організація людини. Львів. 2017. 384 с.
39. Клименко В.В. Психічний розвиток дитини: родинне виховання. Київ. 2016. 281 с.
40. Ключова Н.В. Психолог і сім'я: Діагностика, консультації, тренінг. Херсон. Академія розвитку. 2021. 160 С.
41. Комплекс психолого-методичних порад батькам та педагогічним працівникам, які виховують гіперактивну дитину з синдромом дефіциту уваги. *Навчально-методичний посібник для здобувачів вищої освіти спеціальності 053 «Психологія»*. О.В. Царькова, О.О. Прокоф'єва, Т.А. Каткова, Г.Б. Варіна. Мелітополь. 2019. 67 с.
42. Кононко Е.Л. щоб особистість відбулася. Київ. 2016. 221 с.
43. Кошлань І. Специфіка стилів виховання в сім'ях дітей з різними типами емоційності. Вип. 5. 2016. С. 43–46.
44. Кулагіна І.Ю. Вікова психологія Київ. 2021. 464 с.
45. Лаврентьєва Г.П. Практична психологія для вихователя. Київ. ВІПОЛ. 2016. С. 38.
46. Леженко Г.О. Госпітальна педіатрія. Диференційна діагностика найбільш поширених захворювань системи кровообігу у дітей. Невідкладна допомога при основних невідкладних станах. *Основи нейропсихології: навч. посібн.* Київ. 2016. 381 с.
47. Люблінська Г.О. Дитяча психологія. Київ. 2016. С. 30–70
48. Лютова Е.К. Шпаргалки для дорослих: психокорекційна робота з гіперактивними, агресивними і аутичними дітьми. Львів. Генезис. 2019. 192 с.
49. Мерлін В.С. Психологія індивідуальності. Київ. 336 с.
50. Моніна Г.Б. Гіперактивні діти: психолого-педагогічна допомога. Харків. Промова. 2017. 186 с.

51. Морфофункціональне дозрівання основних фізіологічних систем організму дітей дошкільного віку / під ред. М.В. Антроповой, М.М. Кольцової. Київ. 2016. С. 160.
52. Мотова Е.К., Моніна Г.Б. Тренінг ефективної взаємодії з дітьми. Одеса. 2021.
53. Мухіна В.С. Вікова психологія. Харків. 2018.
54. Навчально-методичний посібник для студентів VI курсу, які навчаються за фахом «педіатрія». Запоріжжя. 2017. 412 с.
55. Небілицин В.Д. психофізіологічні дослідження індивідуальних відмінностей. Київ. 2016 336 с.
56. Непомнящая Н.І. становлення особистості дитини 6-7 років. Київ. Педагогіка. 2016. С. 160.
57. Оклендер В. Вікна в світ дитини. Керівництво з дитячої психотерапії. Київ. Клас. 2016. 336 с.
58. Оліфіровіч Н. І. Психологія сімейних криз. Харків. Мова. 2016. 360 с.
59. Основні засади вищої освіти України. Київ. НПУ ім. М.П. Драгоманова. 2018. 173 с.
60. Павлов І.П. Мозок і психіка. Київ. 1996. 320 с.
61. Паренс Г. Агресія наших дітей. Київ. 2018. С. 160.
62. Пащенко С.Ю. Європейські стандарти методичної та психолого педагогічної підготовки магістрів. *Вища освіта України. Теоретичний і науково методичний часопис. Вид-во КНУ. Т.1. Додаток 3.* Київ. 2018. 330 с.
63. Пащенко С.Ю., Романенкова Л.О. Запорізький національний університет у контексті європейського освітнього простору. *Вісник ЗНУ. Серія «Педагогічні науки».* Вип. 2. С. 130–138.
64. Петровський В.А. відчуження як феномен дитячо-батьківських відносин. *Питання психології.* Вип. 1. 2016. С. 19–26.

65. Петрюк І.М. Гіперактивність та дефіцит уваги в дитячому віці як фактор шкільної дезадаптації. міжнар. наук.-практ. конф. Харків. 2016. С. 34-36.
66. Політика О.І. Діти з синдромом дефіциту уваги і гіперактивністю. Київ. 2016. 243 с.
67. Політика О.І. діти з синдромом дефіциту уваги і гіперактивністю. Харків. 2017. 243 с.
68. Проблеми психології сучасного підлітка. зб. наук. праць / під ред. Д. І. Фельдштейна. Київ. Педагогіка. 2016. 160 с.
69. Прокопів Л. Комплексний підхід у вихованні і навчанні гіперактивних дошкільників. *наук. теор.-методол. і приклад. психологічний журнал «Психологія особистості»*. 2019. Вип. 1(4). С. 149–156.
70. Прокопів Л. Комплексний підхід у вихованні і навчанні гіперактивних дошкільників: *наук. теор.-метод. і прикладний психологічний журнал «Психологія особистості»*. 2019. Вип. 1(4). С. 149–156.
71. Проскура О.В. Психологічна підготовка вчителя до роботи з першокласниками. Київ. Освіта. 2016.
72. Проскура О.В. Психологічна підготовка вчителя до роботи з першокласниками. Київ. Освіта. 2016.
73. Психіатрія і наркологія: підр. Київ. ВСВ «Медицина». 512 с.
74. Психологічний словник. Київ. 2017. 123 с.
75. Психологія людини від народження до смерті». Київ. 2020.
76. Ребер А. Великий тлумачний психологічний словник: основні терміни і поняття з психології та психіатрії. Київ. Віче. Т. 2. 2021. 560 с.
77. Рогов Є.І. Настільна книга практичного психолога в освіті. Київ. Освіта. 2016. 468 с.
78. Рогов Є.І. Настільна книга практичного психолога. Київ. Освіта. 2020. 154 с.
79. Романчук О. Гіперактивний розлад з дефіцитом уваги у дітей. Львів. Джерело. 2018. 326 с.

80. Румянцева Т.Г. Поняття агресивності в сучасній зарубіжній психології. *Питання психології*. Вип. 1. 2018. С. 82–86.
81. Русалов В.М. Про природу темпераменту і його місце в структурі індивідуальних властивостей людини. *Питання психології*. Вип. 1. 2018. С. 19–32.
82. Семенюк Л.М. Психологічні особливості агресивної поведінки підлітків та умови його корекції. Київ. Флінта. 2016. 96 с.
83. Скрипченко О. В. Вікова та педагогічна психологія: навч. посіб. Київ. Просвіта. 2020. 416 с.
84. Смирнова Е.О. Психологія дитини від народження до 7 років. Київ. Школа-Прес. 2017. 383 с.
85. Смирнова Е.О. Структура і динаміка батьківських відносин. *Питання психології*. Вип. 6. 2019. С. 3–4.
86. Соломатіна П.Б. Проблеми психологічної діагностики агресивної поведінки підлітків. *Педагогіка і психологія*. Вип. 3. 2017. С. 22–28.
87. Стреляу Я. Роль темпераменту в психічному розвитку. Київ. 2019. 227 с.
88. Субботский Е.В. Дитина відкриває світ. Київ. Просвітництво. 2016. 207 с.
89. Тейлор Е. Нейропсихологія розвитку дефіциту уваги та імпульсивності. *Розвиток і психопатологія*. Київ. 2017. Вип. 11. С. 607–28.
90. Тейлор Е. Нейропсихологія розвитку дефіциту уваги та імпульсивності. *Розвиток і психопатологія*. Київ. 2020. 199 с.
91. Теплов Б.М. Вибрані праці. Київ. 2021. 360 с.
92. Торохтій В.С. Методика діагностики психологічного здоров'я сім'ї. *Практична психологія та соціальна робота*. Вип. 9. 2016. С. 30–35.
93. Тохтамиш О.М. Дитяча гіперактивність : виникнення, розвиток, методи психосоціальної допомоги. *Актуальні проблеми психології*. Київ. 2016. Т. 1. Ч. 14. С. 154–156.

94. Трансформація особистості в умовах соціально-політичних та економічних змін. Чернівці. 2017. С. 529–534.
95. Трансформація особистості в умовах соціально-політичних та економічних змін». Чернівці. 2017. С. 529–534.
96. Туріщева Л.В. Увага! Особливі діти. Харків. Основа. 2019. 34 с.
97. Урунтаева Г.А Дошкільна психологія. Київ. 2017. С. 28–41.
98. Усова А.П. Роль гри у вихованні дітей Київ. Поросвітництво. 2016. 96 с.
99. Федоришин Г.М. Психологія становлення особистості у батьківській сім'ї. Івано-Франківськ. 2016. 174 с.
100. Фельдштейн Д.І. психологічні аспекти вивчення сучасного підлітка. *Питання психології*. Вип. 1. 2016. С. 33–42.
101. Фопель К. Як навчити дітей співпрацювати? Київ. 2016. 56 с.
102. Фурманов І.А. Дитяча агресивність: психодіагностика і корекція Київ. 2016. 192 с.
103. Холл М. теорії особистості. Київ. Наука. 2019. 726 с.
104. Холлічер В. Людина і агресія. Київ. Педагогіка. 2017. 264 с.
105. Цагареллі Ю.А. Методи системної психологічної діагностики на приладі. *Активациометр*. Чернівці. 2019. 254 с.
106. Целуйко В.М. Ви і ваші діти. Харків. Фенікс. 2017. 544 с.
107. Чистякова М. М. Психогімнастика. Львів. Просвітництво 2018. 234 с.
108. Alessandri S.M. Attention, play, and social behavior in ADHD preschoolers. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2021. V. 20. P. 289–302.
109. Ashiabi G.S. Play in the preschool classroom: Its socioemotional significance and the teacher's role in play. *Early Childhood Education Journal*. 2017. V. 35. P. 199–207.
110. Burke J.D., Pardini D.A. & Loeber R. Reciprocal relationships between parenting behavior and disruptive psychopathology from childhood

through adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2018. V. 36. P. 679–692.

111. Burt S.A., Krueger R.F. Parent-child conflict and the comorbidity among childhood externalizing disorders. *Archives of General Psychiatry*. 2016. vol. 60. 505 p.

112. Chang L.R., Chiu Y. N. Father's parenting and father-child relationship among children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 2017. V. 54, P. 128–140.

113. Christian K. Effects of play intervention on play skills in preschooler children: A pilot study. Poster session presented at the meeting of American Psychological Association. Washington. DC. August. 2020.

114. Chronis A. M., Chacko A. Enhancements to the behavioral parent training paradigm for families of children with ADHD: Review and future directions. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2016. V. 7, P. 1–27.

115. Cicchetti D.V. Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychological Assessment*. 1994. V. 6, P. 284–290.

116. Coffman J.K., Reliability and validity of the Parent-Child Relationship Inventory (PCRI): Evidence from a longitudinal cross-informant investigation. *Psychological Assessment*. 2019.

117. Efficacy of parent-child interaction therapy: Interim report of a randomized trial with short-term maintenance. *Journal of Clinical Child Psychology*. 2021. P. 34–45.

118. Esbjørn B.H. Parental Changes After Involvement in their Anxious Child's Cognitive Behavior Therapy. *Journal of Anxiety Disorders*. 2018. P. 664–670.

119. Fabiano G.A. A waitlist-controlled trial of behavioral parent training for fathers of children with ADHD. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2019. P. 337–345.

120. Fehr K.K. Aggression in pretend play and aggressive behavior in the classroom. *Early Education & Development*. 2018. P. 332–345.
121. Fromberg D.P. *Play and meaning in early childhood education*. Boston. 2020.
122. Gau S.S. (2021). Parental and family factors for attention-deficit hyperactivity disorder in Taiwanese children. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2021. P. 688–696.
123. Gau S.S. Maternal parenting styles and mother – child relationship among adolescents with and without persistent attention – deficit/hyperactivity disorder. *Research in developmental disabilities*. 2016. P. 1581–1594.
124. Gerdes A.C. Attention-deficit/hyperactivity disordered boys' relationships with their mothers and fathers: Child, mother, and father perceptions. *Development and Psychopathology*. 2016. P. 363–382.
125. Healey D.M. Maternal positive parenting style is associated with better functioning in hyperactive/inattentive preschool children. *Infant and Child Development*. 2016. P. 148–161.
126. Hoffman J. Pretend play, creativity, and emotion regulation in children. *Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts*. 2020. P. 175–184.
127. Hudson J.L. Parent–child interactions and anxiety disorders: An observational study. *Behaviour research and therapy*. 2018. P. 1411–1427.
128. John K. The Social Adjustment Inventory for Children and Adolescents (SAICA): Testing of a new semistructured interview. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2016. P. 898–911.
129. Johnston C. Families of children with Attention- Deficit/Hyperactivity Disorder: Review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2020. P. 183–207.
130. Johnston C. Parent characteristics and parent-child interactions in families of nonproblem children and ADHD children with higher and lower levels of oppositional-defiant behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2016.

P. 85–104.

131. Jones K. Efficacy of the Incredible Years Basic parent training programme as an early intervention for children with conduct problems and ADHD. *Child: Care, Health and Development*. 2017. P. 749–756.

132. Jones K. Efficacy of the Incredible Years Programme as an early intervention for children with conduct problems and ADHD: long-term follow-up. *Child: Care, Health and Development*. 2018. P. 380-390.

133. Keown L.J. Predictors of boys' ADHD symptoms from early to middle childhood: the role of father-child and mother-child interactions. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2021. P. 569–581.

134. Larsen D.L. Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale. *Evaluation and Program Planning*. 2016. P. 197–207.

135. Lifford K. Parent-child hostility and child ADHD symptoms: a genetically sensitive and longitudinal analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2019. P. 1468–1476.

136. Lifford K. Parent-child relationships and ADHD symptoms: a longitudinal analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2018. P. 285–296.

137. Lindsey E.W. Preschoolers' emotional competence: Links to pretend and physical play. *Child Study Journal*. 2018. 39 s.

138. Lundah B. A meta-analysis of parent training: Moderators and follow-up effects. *Clinical Psychology Review*. 2016. P. 86–104.

139. Masten A. S. The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. *American Psychologist*. 2018. 205 s.

140. Moore M. Follow-up of a pretend play intervention: Effects on play, creativity, and emotional processes in children. *Creativity Research Journal*. 2018. P. 427-436.

141. Mulqueen J.M. Meta-Analysis: Parental Interventions for Preschool ADHD. *Journal of attention disorders*. 2018. P. 1-7.

142. Mundy P. Nonverbal communication, joint attention, and early socioemotional development. *Emotional Development in Atypical Children*. 2016. P. 65-87.

143. Noeder M.M. The impact of parent-child factors on the play abilities of children diagnosed with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Autism Spectrum Disorder and Speech Language Impairment (Masters thesis). Retrieved from URL: https://etd.ohiolink.edu/rws_etd/document/get/case1300842663/inline (дата звернення: 10.10.2021)

144. O'Neill S. More than child's play: the potential benefits of play-based interventions for young children with ADHD. *Expert Review of Neurotherapeutics*. 2018. P. 1165–1167.

145. Osborne L. The effect of parenting behaviors on subsequent child behavior problems in autistic spectrum conditions. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2018. P. 249–263.

146. Parent-child interaction therapy with behavior problem children: Relative effectiveness of two stages and overall treatment outcome. *Journal of Clinical Child Psychology*. P. 42-51.

147. Pelham W.E. Evidence-based psychosocial treatments for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2018. P. 184-214.

148. Russ S. Pretend play intervention with primary school girls. Unpublished raw data. 2021. 58 s.

149. Russ S.W. Play in child development and psychotherapy: Toward empirically supported practice. Mahway, NJ: Erlbaum. 2016. 123 s.

150. Russ S.W. Pretend play in childhood: Foundation of adult creativity. Washington, DC: APA Books. 2021. 45 s.

151. Short E.J. The importance of play in both assessment and treatment in young children. In S. Russ & L. Niec (Eds). *An evidence-based approach to play in*

intervention and prevention: Integrating developmental and clinical science New York: Guilford. 2021. P. 264–292.

152. Theule J. Parenting Stress in Families of Children With ADHD A Meta-Analysis. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*. 2018. P. 3–17.

153. Van der Bruggen C.O. What influences parental controlling behaviour? The role of parent and child trait anxiety. *Cognition and Emotion*. V. 24. 2020. P. 141–149.

154. Wagner S.M. Parent-child interaction therapy for ADHD: A conceptual overview and critical literature review. *Child & Family Behavior Therapy*. 2018. P. 231–256.

ДОДАТКИ

Додаток А

Заходи: «Вплив в масштабі гри»

Шкала впливу на гру (APS) складається з стандартизованої ігрової задачі і шкали оцінок, заснованої на критеріях. APS підходить для дітей в віці 6-10 років, включаючи дітей з 1 по 3 класи.

Шкала афекту в грі вимірює кількість і типи вираження афекту в дитячій грі-фантазії. Шкала оцінює частоту та інтенсивність емоційного вираження, різноманітність категорій афекту, якість фантазії, уява, комфорт в грі і інтеграція афекту. Ігрові сеанси-це 5-хвилинні стандартизовані періоди лялькових ігор.

Завдання відтворення APS

Ігрове завдання складається з двох людських ляльок, одного хлопчика і однієї дівчинки, і трьох маленьких кубиків, які розкладені на столі (див. рис.А.1. для ляльок). У ляльок нейтральний вираз обличчя. Залежно від дитячої популяції використовуються як кавказькі, так і українські версії ляльок. Блоки яскраво пофарбовані і мають різну форму.

Реквізит та інструкції для гри досить неструктуровані, щоб окремі можуть виникнути відмінності в грі. Завдання виконується індивідуально для дитини, і гра записується на відео. Інструкції для виконання цього завдання наступні:

Я тут, щоб дізнатися про те, як діти грають. У мене тут є дві ляльки, і я хотів би, щоб ви грали з ними так, як вам подобається, протягом п'яти хвилин. Наприклад, ви можете попросити ляльок зробити що-небудь разом. У мене також є кілька блоків, які ви можете використовувати. Обов'язково попросіть ляльок говорити вголос. Відеокамера буде включена, щоб ми мали змогу запам'ятати, що ви говорите і робите. Я скажу тобі, коли зупинитися.



Рис. А1: «Маріонетки для масштабу афекту в грі.»

Дитині кажуть, коли залишається одна хвилина з інструкцією: «У тебе залишилася одна хвилина».

Наприклад, ви можете попросити ляльок зробити що-небудь разом. У мене також є кілька блоків, які ви можете використовувати. Обов'язково попросіть ляльок говорити вголос. Відеокамера буде включена, щоб я міг запам'ятати, що ви говорите і робите. Я скажу тобі, коли зупинитися.

Дитині кажуть, коли залишається одна хвилина з інструкцією: «У тебе залишилася одна хвилина».

Підказки та особливі обставини:

1. Якщо дитина не знає, як надягати ляльок, скажіть йому, щоб він їх надів. Дайте дитині знати, коли можна почати, і почніть відлік часу з цього моменту.

2. Якщо дитина не починає грати, підкажіть йому через 30 секунд, сказавши: «Давай, нехай ляльки що-небудь зроблять разом».

Можна дати два підказки такого роду. Після двох хвилин відсутності гри завдання має бути припинено.

3. Якщо дитина грає, але ляльки не розмовляють, підкажіть з «Нехай ляльки говорять вголос, щоб я міг чути» через 30 секунд.

Можуть бути дані два запити з інтервалом приблизно в одну хвилину.

4. Якщо дитина грав, але потім зупинився до закінчення часу, підкажіть:

«У вас ще є час, продовжуйте грати». Підкажіть другий раз при необхідності за допомогою: «Продовжуйте грати, я скажу вам, коли зупинитися». Більшість дітей, які вже грали, зможуть продовжити з підказками. Якщо вони не можуть, то припиніть гру через дві хвилини без гри.

5. Переконайтеся, що під час гри дитина не дає ніякого словесного підкріплення. Однак важливо бути уважним, спостерігати за дитиною і проявляти інтерес. Після того, як дитина закінчить, скажіть: «Це було добре» або «Це було чудово».

6. Обов'язково зупиніться через п'ять хвилин. Наручний годинник з секундною стрілкою — це адекватний пристрій для контролю часу. Час в ненав'язливій манері.

Шкала оцінки APS

APS вимірює кількість і типи емоційного вираження у фантастичній грі дитини. Заходи APS впливають на теми в оповіданні п'єси.

Як емоційно насичений зміст, так і вираження емоцій у п'єсі закодований. APS також вимірює когнітивні аспекти гри, такі як якість фантазії та уяви.

Як система підрахунку очок Дж. Холта (1977) для первинного процесу за шкалами Роршаха, так і шкала гри М.Т. Сінгер використовувалися в якості моделей для розробки системи підрахунку очок. Крім того, роботи К.Ізард (1977) і С.С. Томкінса (1962, 1963) були проведені консультації для забезпечення того, щоб категорії афектів були зрозумілими і охоплювали всі основні типи емоцій, що виражаються дітьми в віковій групі 4-10 років.

Є три основні показники впливу для точок доступу:

1. Загальна частота одиниць афективного вираження. Одиниця визначається як одне оціночний вираз окремою маріонеткою. У діалозі двох ляльок вирази кожної ляльки оцінюються окремо. Одиниця виміру може бути вираженням стану афекту, теми афекту або їх комбінації.

Прикладом стану афекту може бути одна маріонетка, яка говорить «це весело». Прикладом теми впливу може бути «ось бомба, яка вибухне». Вираз може бути вербальним («я ненавиджу тебе») або невербальним (одна маріонетка б'є іншу). Частота оцінки афекту — це загальна кількість одиниць афекту, виражених за п'ятихвилинний період. Якщо невербальна активність, така як боротьба, відбувається безперервно, нова одиниця нараховується кожні п'ять секунд.

2. Різноманітність категорій впливу. Існує 11 можливих категорій впливу. Те категорії: щастя / задоволення; тривога / страх; Печаль/біль; розчарування/розчарування; Турбота/прихильність; агресія; змагання; оральний; оральна агресія; сексуальний; Анальний. Різноманітність оцінки впливу-це кількість різних категорій впливу, виражених протягом 5-хвилинного періоду.

Категорії афекту можуть бути класифіковані як позитивний афект (щастя, турбота, конкуренція, оральний, сексуальний) і негативний афект (тривога, печаль, агресія, розчарування, оральна агресія, анальний). Інша класифікація-первинний афект процесу (агресія, оральна, оральна агресія, сексуальна, анальний) і вплив неосновних процесів (щастя, печаль, тривога, розчарування, конкуренція, турбота).

3. Середня інтенсивність емоційного вираження (1-5 балів). Цей рейтинг вимірює інтенсивність стану почуттів або теми контенту. Кожна одиниця впливу оцінюється за інтенсивністю за шкалою 1-5.

Організація.

Ця рейтингова шкала вимірює кількість прикрас у п'єсі.

Слід враховувати тему, вираз обличчя, тон голосу, розвиток характеру.

1. Дуже прості теми без будь-яких прикрас. Дуже мало деталей.
2. Мінімальна прикраса
3. Багато прикрас, в одному або двох вимірах.
4. Помірне прикраса в багатьох вимірах

Уява.

Ця рейтингова шкала вимірює новизну і унікальність гри, а також здатність прикидатися і використовувати фантазію. Можливість трансформувати блоки і попередньо працювати з ними.

1. Ніякої символіки або трансформацій, ніякої фантазії.
2. Один або два приклади простих перетворень. Ніяких нових подій. Дуже мало фантастичних подій в цій історії.
3. Три або більше перетворень. Деякі фантастичні та прикидані події, такі як "Давай пограємо в будинок". Якесь розмаїття подій. Ніяких нових подій або подій, виключених з повсякденного досвіду.
4. Безліч перетворень. Різноманітність подій. Деякі нові фантастичні події. Якась фантазія з незвичайними поворотами або віддалена від повсякденного досвіду, наприклад, життя в замку або будівництво космічного корабля. Інші персонажі в Доповнення до двох ляльок включені в історію.
5. Безліч трансформацій і безліч фантастичних тем. Новизна ідей очевидний. Фантазія має нові повороти і часто містить елементи, що виходять за рамки повсякденного досвіду.

Комфорт

Глобальний рейтинг комфорту дитини в грі вимірює залученість дитини в гру і задоволення від гри. Нижній кінець шкали оцінює комфорт більше, ніж задоволення, а верхній кінець шкали оцінює задоволення і залученість.

1. Стриманий; засмучений. Зупиняється і починається.
2. Деяка стриманість і скутість.
3. Добре, але не насолоджуюся і не беру участь. Продовжує грати.
4. Комфортно і залучено.
5. Дуже зручний, залучений і насолоджується ігровим комфортом

Глобальний рейтинг комфорту дитини в грі вимірює участь

дитина в грі і задоволення від гри. Нижній кінець шкали оцінює комфорт більше, ніж задоволення, а верхній кінець шкали

оцінює задоволення і залученість.

1. Стриманий; засмучений. Зупиняється і починається.
2. Деяка стриманість і скутість.
3. Добре, але не насолоджуюся і не беру участь. Продовжує грати.
4. Комфортно і залучено.
5. Дуже комфортно, залучено і насолоджується грою.

Додаток Б

Анкета для батьків (РВІ-30)

На що схоже виховання моєї дитини

Батьки по-різному намагаються виховувати своїх дітей. Ми хотіли б, щоб ви описали деякі з способів, якими ви звертаєтесь з цією дитиною, намагаючись виховати його або її. Будь ласка, прочитайте кожне затвердження на наступних сторінках і обведіть гуртком відповідь, який

найбільш точно описує те, як ви дієте по відношенню до цієї дитини. Будь ласка, відповідайте на кожне питання якомога чесніше і точніше.

Якщо ви вважаєте, що це твердження описує батька, не схожого на вас, обведіть кружком НВ.

Якщо ви вважаєте, що це твердження описує батька, схожого на вас, обведіть СВ.

Якщо ви вважаєте, що це твердження описує батька, дуже схожого на вас, обведіть кружком Д.

Я БАТЬКО, ЯКИЙ...

	1)...змушує мою дитину відчувати себе краще після обговорення його або її проблем з ним або її	НВ	СВ	Д
	2)...розповідає моїй дитині про все, що я зробив для нього або неї. 3)...вірить в наявність безлічі правил і їх дотримання.	НВ	СВ	Д
	4)...дуже часто посміхається моїй дитині.	НВ	СВ	Д
	5)...каже моїй дитині, що якби він або вона дійсно піклувалися про Мене, вони б не робили речей, які змушують мене турбуватися.	НВ	СВ	Д
	6)...наполягає на тому, що моя дитина повинна робити в точності те, що йому або їй говорять.	НВ	СВ	Д
	7)...здатний змусити мою дитину відчувати себе краще, коли він або вона засмучені.	НВ	СВ	Д
	8)...завжди говорить моїй дитині, як він або вона повинні поводитися.	НВ	СВ	Д
	9)...дуже суворий з моєю дитиною.	НВ	СВ	Д
	10) . .любить займатися зі своєю дитиною.	НВ	СВ	Д
).	11)...хотів би мати можливість постійно вказувати своїй дитині, що йому робити.	НВ	СВ	Д
..	12)...дає суворе покарання.	НВ	СВ	Д
).	13)...підбадьорює мою дитину, коли йому або їй сумно.	НВ	СВ	Д
).	14)...хоче контролювати все, що робить моя дитина.	НВ	СВ	Д
).	15). ...легко з моєю дитиною	НВ	СВ	Д

і.	16). ...приділяє моїй дитині багато турботи і уваги.	НВ	СВ	Д
і.	17). ...завжди намагається змінити мою дитину.	НВ	СВ	Д
і.	18)...легко відпускає мою дитину, коли він або вона робить щось не так.	НВ	СВ	Д
і.	19) ...змушує мою дитину відчувати, що він або вона є найважливішою людиною в моєму житті.	НВ	СВ	Д
і.	20). ...дотримується правил тільки тоді, коли це мене влаштовує.	НВ	СВ	Д
і.	21) ...дає стільки свободи, скільки хоче моя дитина.	НВ	СВ	Д
і.	22) ...вірить у прояв любові до моєї дитини.	НВ	СВ	Д
і.	23) ...менш дружелюбний з моєю дитиною, якщо вони не бачать речі по-моєму.	НВ	СВ	Д
і.	24) ...дозволяє моїй дитині ходити куди завгодно, не питаючи.	НВ	СВ	Д
і.	25) ...часто хвалить мою дитину.	НВ	СВ	Д
і.	26) ...буде уникати дивитися на мою дитину, коли він розчарує мене.	НВ	СВ	Д
і.	27) ...дозволяє моїй дитині виходити в будь-який вечір, коли він захоче. НЛ СЛ Л	НВ	СВ	Д
і.	28) ...з ним легко розмовляти.	НВ	СВ	Д
і.	29) ...якщо моя дитина зачіпає мої почуття, я перестаю з ним розмовляти, поки він знову не принесе мені задоволення.	НВ	СВ	Д
і.	30) ...дозволяє моїй дитині робити все, що він хоче.	НВ	СВ	Д
і.	1)...змушує мою дитину відчувати себе краще після обговорення його або її проблем з ним або її	НВ	СВ	Д

Заняття з моєю дитиною

Будь ласка, перерахуйте нижче всі види діяльності, якими ви регулярно займаєтеся зі своєю дитиною, не рідше одного разу на місяць. Заняття повинні включати взаємну участь вас і вашого дитину, наприклад, гру, а не заняття тільки для дітей, таке як тренування з футболу (якщо ви не тренер). У заходах можуть брати участь інші люди (наприклад, ваша сім'я), якщо ви і ваша дитина присутні.

Приклади включають: ігри на вулиці; Виконання доручень; сімейна гра; перегляд фільму; допомога з домашнім завданням; сімейна вечірка; і так далі.

Для кожного виду діяльності, будь ласка, відзначте галочкою, як часто ви і ваша дитина займаєтеся цим видом діяльності і наскільки приємним ви знаходите це заняття в присутності вашої дитини.

Активність	Частота			Задоволення		
	Щодня	Щотижня	Щомісяця	Дуже велика	Певною мірою	Не зовсім

Будь ласка, допоможіть нам поліпшити нашу програму втручання, відповівши на деякі питання про дослідження Коучингової гри. Нам цікаво ваша чесна думка, незалежно від того, чи є вони позитивними чи негативними. *Будь ласка, дайте відповідь на всі питання.* Ми також вітаємо ваші коментарі та пропозиції. Велике вам спасибі, ми цінуємо вашу допомогу.

1. Як би ви оцінили якість програми?

4	3	2	1
Відмінно	Добре	Справедливо	Погано

2. Чи отримали ви ту допомогу, яку хотіли?

1 Ні, безумовно немає	2 Ні, не зовсім	3 так, як правило,	4 Так, безумовно
--------------------------	--------------------	-----------------------	---------------------

3. Якою мірою наша програма відповідає вашим потребам?

4 майже всі мої потреби були задоволені	3 більшість моїх потреб були задоволені	2 тільки деякі з моїх потреб були задоволені	1 жодна з моїх потреб не була задоволена
--	--	---	---

4. Якби ваш друг потребував подібної допомоги, ви б порекомендували йому нашу програму?

1 Ні, безумовно ні	2 Ні, я так не думаю	3 Так, я так думаю	4 Так, безумовно
-----------------------	-------------------------	-----------------------	---------------------

5. Наскільки ви задоволені отриманою допомогою?

1 абсолютно незадоволений	2 байдужий або злегка незадоволений	3 в основному задоволений	4 Дуже задоволений
------------------------------	--	------------------------------	-----------------------

6. Чи допомогла програма вам більш ефективно вирішувати ваші проблеми?

4 Так, вони дуже допомогли	3 так, вони трохи допомогли	2 Ні, вони дійсно не допомогли	1 Ні, вони, здавалося, погіршили ситуацію
-------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------	--

7. Загалом, в загальному сенсі, наскільки ви задоволені програмою?

4 дуже задоволений	3 в основному задоволений	2 байдужий або злегка незадоволений	1 абсолютно незадоволений
-----------------------	------------------------------	--	------------------------------

8. Якби ви знову звернулися за допомогою, ви б повернулися до нашої Програми?

1 Ні, безумовно немає	2 Ні, я так не думаю	3 Так, я так думаю	4 Так, безумовно
--------------------------	-------------------------	-----------------------	---------------------

Коментарі:

Обстеження прийнятності

Будь ласка, оцініть наступні аспекти цього дослідження за шкалою від 1 (категорично не згоден) до 4 (Повністю згоден).

	Сильно Не погоджуватися (1)	Не погоджуватися (2)	Погоджуватися (3)	Сильно Погоджуватися (4)
--	--------------------------------	-------------------------	----------------------	-----------------------------

				(4)
Мені сподобалося брати участь у програмі.	1	2	3	4
Моїй дитині сподобалося брати участь в програма.	1	2	3	4
Мої стосунки з моєю дитиною змінилися на краще.	1	2	3	4
Поведінка моєї дитини змінилося до кращий.	1	2	3	4
Моя поведінка змінилася на краще.	1	2	3	4

Що змінилося у ваших стосунках з дитиною, якщо взагалі щось змінилося?

Чи існували будь-які перешкоди для участі, які ускладнювали його?

Чи помітили ви будь-які інші зміни у вашій дитині після програми (наприклад, відносини з братами і сестрами / однолітками; поведінка вдома / в школі)?

Додаткові коментарі / відгуки:

Побудова відносин через гру: огляд.

Передісторія: Ця програма втручання присвячена відносинам між дітьми з СДУГ та їхні батьки. Батьки дітей з СДУГ часто описують напружені відносини зі своїми дітьми. Багато хто вважає, що їм доводиться так часто керувати поведінкою своїх дітей, що їм важко насолоджуватися часом зі своєю дитиною. Ці настрої були продемонстровані в дослідженні,

яке показало, що в середньому батьки дітей з СДУГ відчують більше стресу і менш позитивні відносини зі своїми дітьми, ніж батьки дітей без СДУГ.

Удавана гра: удавана Гра відбувається, коли діти грайливо ставляться до чогось, як якщо б це було щось інше. Наприклад, блок може стати автомобілем або телевізором. Коли діти прикидаються, у них розвивається уява, фантазія і емоції. Дослідження удаваної гри пов'язали ігрові навички з творчістю, емоційним контролем та обізнаністю, настроєм і навіть академічними досягненнями. Удавана гра-це приємне заняття, яким батьки і діти можуть насолоджуватися разом.

Мета: Мета цієї програми-навчити батьків використовувати ігровий час зі своєю дитиною для поліпшення якості відносин.

Ваша роль: в рамках ігрового втручання ви будете брати участь в трьох 30-хвилинних заняттях зі своєю дитиною і координатором Програми. Під час кожного сеансу ви і ваш дитина будете використовувати різні іграшки, надані для спільного твору історій. Координатор програми буде працювати з вами, щоб створити відчуття зв'язку з вашою дитиною.

Ви також дізнаєтеся нові ідеї про те, як сприяти розвитку навичок удаваної гри вашої дитини. Під час кожної сесії координатор надасть "основи історії", щоб ваша дитина почала грати. Приклади включають "історію про хлопчика і маму / тата, які відправляються в космос" і «Історію про хлопчика, який злиться, тому що не хоче робити домашнє завдання». Координатор почне перше заняття, розігруючи кілька сюжетних ліній, як ви спостерігаєте, і ви перейдете до гри один на один зі своєю дитиною по ходу занять.

Протягом трьох тижнів між сеансами ми попросимо вас виділити спеціальне час для ігор вдома з вами і вашою дитиною. Ми просимо дві 20-хвилинні ігри протягом кожного тижня між вашими заняттями в «Кейс Вестерн». Під час цих ігор вдома ми попросимо вас і вашої дитини пограти один на один з власними іграшками вашої дитини, відпрацьовуючи навички гри, які ви купуєте під час занять.

Додаток В

КЕРІВНИЦТВО ПО ВТРУЧАННЮ БАТЬКІВ І ДІТЕЙ

Введення в інтервенцію:

Сесія перша: «Мене звать ____, і я тут, щоб дізнатися про те, як батьки і діти грають разом. У нас є кілька іграшок, з якими можна пограти (показати сумку). Коли ми зустрінемося, ми будемо придумувати історії про різні речі. Спочатку ми з тобою придумаємо кілька історій, а потім ти і твоя (мама/тато) придумаєте кілька історій».

Початок занять: «Ми будемо придумувати різні історії, використовуючи іграшки на стола. Ми придумаємо історію і розіграємо її з іграшками. Я збираюся пограти з тобою.

Зробіть так, щоб у історій був початок, середина і кінець, і використовуйте в них безліч почуттів, таких як радість, смуток або гнів. Спочатку ми придумаємо історію о...»

Сюжетні стебла:

- Сесія 1:

- хлопчик і мама / тато, які ходять в зоопарк
- хлопчик, який готується до школи
- щаслива історія про хлопчика, який збирається на вечірку з нагоди дня народження
- сумна історія про хлопчика, чий вихованець втік
- вибір дитини

- Сесія 2:

- володіння надздібностями
- про хлопчика, який забув прибрати в своїй кімнаті, але його мама / тато хоче, щоб він
- про хлопчика і маму / тата, які відправляються в пригоду
- хлопчик і мама / тато, які хочуть піти в парк, але йде дощ, і їм
- доводиться залишатися вдома
- вибір дитини

- Сесія 3:

- хлопчик і мама / тато, які збираються в кіно
- божевільна історія про хлопчика, який не хоче робити домашнє завдання
- хлопчик і мама / тато, які відправляються у відкритий космос
- історія про хлопчика, який засмучений, тому що не може знайти свою улюблену іграшку
- вибір дитини

Сесія 1:

- Розгляньте обґрунтування лікування з батьками (чому удавана гра має значення) (5міна)

О запитайте про сім'ю, яка живе вдома

О запитайте батьків, що вони хотіли б поліпшити у своїх стосунках з ребенком " багато батьків описують, що вони витрачають так багато часу на управління поведінкою своєї дитини, що їх відносини з дитиною страждають

і починають відчуватися швидше негативно, ніж позитивно. У дітей з СДУГ ми не можемо відняти частину управління поведінкою (наприклад, нагадування, виправлення). Тому що це необхідно, але ми можемо привнести більше позитиву в цей день.

Ось що ми тут робимо, використовуючи щось веселе (гру) для створення позитивний час протягом дня, щоб спілкуватися зі своєю дитиною, без будь-яких нагадувань і виправлень, які тривають протягом решти дня".

- Навчіть батьків підказкам / перегляньте підказки та елементи з роздаткового матеріалу для батьків (5 хвилин):

- Огляд 3 основних компонентів: похвала, задоволення, залученість — 2-5 сюжетних ліній: батько спостерігає за першою половиною і бере участь у другій половині (30 хвилин)
- дослідник робить перші 2 історії, батько бере участь разом з дослідником в останніх 1-2 історіях
 - 5-хвилинний огляд з батьком, обговорення сеансу та надання зворотного зв'язку (5 хвилин)
- Структура: що пройшло добре, над чим, на вашу думку, ви хотіли б попрацювати (попросіть батьків визначити ці елементи, а потім надати свої власні спостереження / пропозиції)
- призначте домашнє завдання, запитайте батьків, які іграшки у них є для використання вдома

Сесія 2:

- 5-хвилинний огляд з батьками, обговорення домашнього завдання з попереднього тижня і

нагадування про те, над чим ми працюємо на поточній сесії

- 2-5 сюжетних стебел

- 5-хвилинний огляд з батьком, обговорення сеансу та надання зворотного зв'язку

• Структура: що пройшло добре, над чим, на вашу думку, ви хотіли б попрацювати на сеансі 3:

- 5-хвилинний огляд з батьками, обговорення домашнього завдання з попереднього тижня і

нагадування про те, над чим ми працюємо на поточній сесії

- 2-5 сюжетних стебел

- Екзаменатор спостерігає і тренує батька, ніякої участі в грі без необхідності

- 5-хвилинний огляд з батьком, обговорення сеансу та надання зворотного зв'язку

• Структура: що пройшло добре, над чим, на вашу думку, ви хотіли б попрацювати

Контрольний список вірності під час сеансу



* Зразкова уява/удавання

<input type="checkbox"/>	* Модель впливає на вираз
<input type="checkbox"/>	Хвалить дитячу гру!
<input type="checkbox"/>	* Висловлюйте задоволення від гри

* Примітка: у сеансі з батько повинен виконати ці дії.

Приклади Підказок / Підкріплення / Моделювання

Хвалити

Яка творча ідея

Це було круто, як ти використовував ____, щоб бути кимось іншим

Це була дійсно хороша історія

Мені подобається, як ти ____

Насолода

З тобою так весело грати

Мені подобається проводити час разом з тобою

Висловлюйте позитивний вплив: посміхайтесь, смійтеся

Взаємодія / Взаємодія

Моделювання прикидається (наприклад, "ми могли б використовувати цей блок як подарунок на день народження")

Що відбувається в першу чергу?

Що буде далі?

Узагальнююча розповідь в різних точках

Я можу сказати, що вона відчуває (емоції), тому що вона (поведінка).

Навішування ярликів на почуття

Модельний афект і уява

Можу я теж пограти?

Ким я повинен бути?

Іграшки для втручання

* Чоловічі та жіночі ляльки

* Агресивні та неагресивні тварини (пластикові та м'які)

* Транспортні засоби (автомобіль, гідроцикл, лижі, скейтборд, червоний фургон)

* Будівельні блоки (дерев'яні та конструктори Lego)

* Реквізит, який йде з ляльками (інструменти, книги, капелюхи, перуки, взуття)

* Спеціальні іграшки для підказок: спальний гарнітур, шкільний стіл/книги

Ідентифікатор _____

Контрольний список вірності під час сеансу

Сесія 1:

<input type="checkbox"/>	Моделюйте уяву / прикидайтеся
<input type="checkbox"/>	Модель впливає на вираз
<input type="checkbox"/>	Хваліть дитячу гру!
<input type="checkbox"/>	Висловлюйте задоволення від гри

Сесія 2:

<input type="checkbox"/>	Моделюйте уяву / прикидайтеся
<input type="checkbox"/>	Модель впливає на вираз
<input type="checkbox"/>	Хваліть дитячу гру!
<input type="checkbox"/>	Висловлюйте задоволення від гри

Сесія 3:

<input type="checkbox"/>	* Моделюйте уяву / прикидайтеся
<input type="checkbox"/>	* Модель впливає на вираз
<input type="checkbox"/>	Хваліть дитячу гру!
<input type="checkbox"/>	* Висловлюйте задоволення від гри

* Примітка: батько повинен виконати ці дії.

Додаток Г
Домашні Ігрові Сесії

Інструкції: перед нашою наступною зустріччю, будь ласка, попрактикуйтеся в удаваній грі вдома зі своїм діти. Будь ласка, виділіть два 20-хвилинних

ігрових часу для вас і вашої дитини, щоб пограти один на один, з мінімальними відволікаючими факторами. Нагадуємо, що гра в удавання не є електронною за своєю природою і не поширюється на структуровані ігри, такі як настільні ігри або головоломки. Хороші іграшки для удаваних ігор можуть включати ляльок, тварин, автомобілі або конструктори Lego. Найголовніше, щоб вам і вашій дитині було весело разом!

Як тільки іграшки закінчаться і почнеться ваше ігровий час, запропонуйте дитині придумати історію використовуючи іграшки. Не забудьте дозволити йому керувати грою і слідувати його прикладу. Якщо у вас виникли проблеми з початком роботи, не соромтеся використовувати наведені нижче підказки. Після кожного сеансу запишіть дату, коли ви його завершили, і опишіть що-небудь позитивне з вашої взаємодії з діти.

«Історія про хлопчика, який живе в замку»

«Історія про хлопчика, що володіє магічними здібностями»

«Історія про хлопчика, який вміє розмовляти з тваринами»

	Дата	Позитивне спостереження
Час відтворення # 1		
Час відтворення # 2		

Питання / Коментарі:

Додаток Д

Таблиця Д.1.
Базові кореляції зі змінними масштабу гри

	<i>Участь</i>	<i>Обмеження зв'язку</i>	<i>Установка</i>	<i>Автономне Тепло/</i>	<i>Прийняття</i>	<i>Психологічний Контроль</i>	<i>Поведінковий Контроль Відношення</i>	<i>Оцінка якості Щоденна</i>	<i>Рейтинг розмов</i>
Організація	-.12	.12	-.10	.07	-.06	.22	.22	-.26	-.14
Уява	-.22	-.02	-.21	.15	-.16	.13	.20	-.44*	.02
Комфорт	-.20	-.20	-.09	.07	-.25	.13	.29	-.32	.22
Частота точок доступу Впливу	-.05	.05	-.01	.06	-.10	.00	.30	-.01	-.02
Впливати Різноманітність точок доступу	-.03	.15	-.25	.13	-.20	.28	.22	-.52**	.09
Позитивний вплив	-.24	.06	-.17	-.01	-.15	.25	.15	-.41*	.23
Негативний вплив	-.31	-.19	.17	.31	-.14	-.20	.26	.04	.06

Продовження таблиці Д.1.

	<i>Кількість заходів</i>	<i>Середній Періодичність заходів</i>	<i>Середній Приємність занять</i>	<i>Сайка з матір'ю Відношення</i>	<i>Сайка з Батькиами Проблеми</i>	<i>Танграм Негативність</i>	<i>Танграм Залученість</i>	<i>Безкоштовна гра Негативність</i>	<i>Безкоштовна гра Участь</i>
Організація APS	-.19	.48*	.05	.08	.43*	.08	-.30	.06	-.14
APS уяву	-.07	.36	.26	-.05	.41*	-.14	-.16	.01	-.10
APS Комфорт	.00	-.08	.22	-.26	.18	-.15	.22	-.23	.07
Частота точок доступу Впливати	-.02	.04	.02	.00	-.05	-.25	.15	-.33	-.09
Впливати Різноманітність точок доступу	.13	-.10	.38	-.15	.18	-.27	-.08	-.18	-.09
APS позитивний Впливати	-.09	.30	.29	.08	.27	-.33	-.13	-.24	-.15
Впливати Точки доступу негативні	.03	-.08	-.09	-.18	-.22	.14	.24	-.22	-.14

* p<0,05, ** p <0,01

Таблиця Д. 2

Список очікування і описова статистика втручання

Міра/Підшкала / Змінна	<i>N</i>	Середнє значення списку очікування (<i>SD</i>)	Діапазон	<i>N</i>	Середнє значення інтервенції (<i>SD</i>)	Діапазон Залученості
У відносини між батьками і дітьми	15	46.70 (11.99)	35-68	14	47.22 (10.41)	33-59
Інвентаризація						
Комунікація	15	41.00 (10.33)	27-60	14	42.11 (10.96)	33-68
Встановлення меж	15	43.70 (6.00)	37-57	14	48.44 (6.33)	37-59
Автономія	15	49.90 (6.30)	38-56	14	54.11 (9.93)	41-72
Батьківський звіт про теплоту/прийняття батьківської поведінки	15	26.90 (3.32)	21-30	15	27.90 (3.00)	21-30
Психологічний Контроль	15	14.40 (1.58)	11-17	15	12.80 (2.30)	11-18
Поведінковий Контроль	15	22.40 (1.54)	20-26	15	22.60 (1.43)	20-26
оцінка якості відносин між батьками і дітьми	15	6.00 (2.26)	3-9	15	7.60 (1.51)	5-9
щоденний рейтинг розмов ^a	15	68.00 (13.17)	50-90	15	46.00 (18.38)	20-70
Загальна кількість заходів, проведених з моєю дитиною	15	6.70 (1.42)	4-8	15	6.70 (1.57)	4-8
середня частота	15	.67 (.47)	.13-1.50	15	.46 (.36)	0-1.33
Середня приємність Негативності	15	3.12 (1.48)	1.29-6.14	15	2.31(1.38)	.43-5.71
участь	15	4.75 (1.10)	3.00-6.20	15	4.48 (1.58)	2.20-6.60
негативна вільна гра	15	2.07 (.81)	.43-3.43	15	1.80 (.78)	.57-3.29
залучення	15	2.75 (.79)	1.50-4.50	15	1.95 (1.34)	0-4.00
У відносини між батьками і дітьми	15	46.70 (11.99)	35-68	14	47.22 (10.41)	33-59
Інвентаризація						
Комунікація	15	41.00 (10.33)	27-60	14	42.11 (10.96)	33-68
Встановлення меж	15	43.70 (6.00)	37-57	14	48.44 (6.33)	37-59
Автономія	15	49.90 (6.30)	38-56	14	54.11 (9.93)	41-72

Продовження таблиці 3

Батьківський звіт про теплоту/прийняття Інвентаризації батьківської поведінки	15	26.90 (3.32)	21-30	15	27.90 (3.00)	21-30
Психологічний Контроль	15	14.40 (1.58)	11-17	15	12.80 (2.30)	11-18
Поведінковий Контроль	15	22.40 (1.54)	20-26	15	22.60 (1.43)	20-26
Взаємна насолода	15	3.10 (.99)	1-5	15	2.40 (.84)	1-4
Відносини з матір'ю і підлітками	15	5.00 (1.56)	3-8	15	4.10 (1.60)	3-8
перелік соціальних пристосовань для дітей						
проблеми з батьками	15	6.30 (3.30)	4-13	15	7.00 (2.91)	4-14
організація впливає на масштаб гри	15	1.80 (.92)	1-4	15	2.60 (1.58)	1-5
уява	15	2.50 (.97)	1-4	15	2.70 (1.06)	1-4
Комфорт	15	3.40 (1.58)	1-5	15	3.30 (1.34)	1-5
Частота впливу	15	18.30 (23.22)	0-60	15	16.50(17.70)	0-59
різноманітність афектів	15	3.00 (2.54)	0-6	15	3.70 (2.50)	0-7
позитивний вплив	15	6.60 (7.73)	0-19	15	7.80 (6.58)	0-19
негативний вплив	15	11.70 (17.33)	0-42	15	8.70 (12.50)	0-40

^a: відсоток щоденних розмов, що характеризуються нагадуваннями / виправленнями(батьківський самозвіт)

Описова статистика вихідних даних і результатів (до і після)

Міра Подшкала/Змінна	<i>N</i>	<i>початкове</i> <i>середнє</i> <i>значення</i> <i>(SD)</i>	<i>Діапазон</i>	<i>N</i>	<i>середнє</i> <i>значення</i> <i>результату</i> <i>(SD)</i>	<i>Діапазон</i>
Інвентаризація відносин між батьками та дітьми	20	45.40 (9.96)	30-68	19	47.74 (10.54)	33-72
Зв'язок	20	40.65 (10.17)	27-60	19	44.00 (10.53)	25-58
Встановлення межі	20	43.80 (8.02)	25-66	19	45.63 (6.09)	37-59
Автономія	20	49.80 (8.10)	38-70	19	50.00 (8.63)	38-72
Теплота / Прийняття Батьківський звіт про інвентаризацію батьківської поведінки	20	26.80 (3.00)	21-30	20	27.60 (2.95)	21-30
Психологічний Контроль	20	14.45 (2.67)	11-24	20	13.40 (2.28)	11-18
Поведінковий Контроль	20	22.35 (2.01)	20-26	20	22.25 (1.89)	19-27
Рейтинг якості відносин між батьками і дітьми	20	5.75 (2.07)	3-9	20	7.50 (1.50)	4-9
Щоденний рейтинг розмов	20	65.25 (16.66)	30-90	20	55.50 (20.89)	20-90
Загальна кількість заходів	20	6.65 (1.53)	4-8	20	6.40 (1.54)	4-8
Заняття з моєю дитиною	20	6.65 (1.53)	4-8	20	6.40 (1.54)	4-8
Середня частота	20	.86 (.45)	0-1.67	20	.94 (.44)	.14-1.75
Середня приємність	20	.64 (.41)	0-1.50	20	.50 (.35)	0-1.33
Негативність Танграм	19	3.07 (1.45)	1.00-6.14	20	2.39 (1.38)	.43-6.14
Участь	19	4.52 (.91)	3.00-6.20	20	4.26 (1.58)	2.20-7.20
Негативність Безкоштовна гра	20	2.14 (.72)	.43-3.57	20	1.89 (.75)	.57-3.71
Участь	20	3.00 (.86)	1.50-4.50	20	2.25 (1.13)	0-4.00
Участь	20	3.00 (.86)	1.50-4.50	20	2.25 (1.13)	0-4.00

Продовження таблиці Д.3

Взаємна насолода	20	3.00 (.86)	1-5	20	2.45 (.76)	1-4
Відносини з матір'ю і підлітками	20	5.10 (1.86)	3-8	20	4.55 (1.64)	3-8
Інвентар соціальної адаптації для дітей						
Проблеми з батьками	20	7.05 (3.10)	4-13	20	6.40 (2.58)	4-14
Організація впливу в масштабі гри	20	2.10 (1.25)	1-5	20	2.35 (1.46)	1-5
Уява	20	2.40 (1.10)	1-5	20	2.65 (.99)	1-4
Комфорт	20	3.00 (1.59)	1-5	20	3.25 (1.29)	1-5
Частота впливу	20	13.95 (18.68)	0-60	20	13.65 (14.20)	0-59
Різноманітність афектів	20	2.70 (2.27)	0-6	20	3.40 (2.26)	0-7
Позитивний Вплив	20	6.05 (7.74)	0-25	20	6.10 (5.82)	0-19
Негативний Вплив	20	7.90 (12.99)	0-42	20	7.55 (9.95)	0-40

Таблиця Д.4

Ефективність: внутрішньогрупові повторні вимірювання

Міра/Підшкала	<i>df</i> (між, всередині)	<i>F</i>	ηp^2	<i>p</i>
Участь Інвентаризація відносин між батьками та дітьми	1,18	2,98	.14 ^a	.10
Повідомлення	1,18	5,41*	.23 ^a	.03
Встановлення межі	1,18	1,25	.07 ^b	.28
Автономність	1,18	.00	.00	.97
Теплота / Прийняття	1,19	3,62	.16 ^a	.07
Батьківський звіт про інвентаризацію батьківської поведінки				
Психологічний контроль	1,19	6,45*	.25 ^a	.02
Поведінковий контроль	1,19	.10	.01	.76
Оцінка якості відносин між батьками і дітьми	1,19	21,65**	.53 ^a	.000
Щоденний рейтинг розмов	1,19	5,54*	.23 ^a	.03
Загальна кількість заходів	1,19	.66	.03	.43
Заняття з моєю дитиною				
Середня частота	1,19	.53	.03	.47
Середня приємність	1,19	5,36*	.22 ^a	.03
Негативність	1,18	5,70*	.24 ^a	.03
Танграм				
Участь	1,18	.29	.02	.60
Негативність	1,19	1,15	.06	.30
Безкоштовна гра				
Участь	1,19	5,74*	.23 ^a	.03
Взаємна насолода	1,19	6,07*	.24 ^a	.03

Продовження таблиці Д.4

Відносини з матір'ю і підлітками	1,19	2,26	.11 ^b	.15
Інвентар соціальної адаптації для дітей				
Проблеми з батьками	1,19	3,60	.16 ^a	.07
Організація	1,19	1,51	.07 ^b	.23
Вплив в масштабі гри				
Уява	1,19	1,73	.08 ^b	.20
Комфорт	1,19	1,20	.06 ^b	.29
Частота впливу	1,19	.01	.00	.94
Різноманітність впливів	1,19	3,09	.14 ^a	.10
Позитивний вплив	1,19	.00	.00	.98
Негативний вплив	1,19	.02	.00	.90

^a * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$ = великий розмір ефекту; ^b = середній розмір ефекту

Таблиця Д.5

Базові лабораторні завдання

Кореляції									
	<i>Загальний настрій</i>	<i>впливає на напругу батьків</i>	<i>напруга батьків</i>	<i>реакція дитини</i>	<i>впливає на напругу дитини</i>	<i>напруга дитини</i>	<i>загальне реакція батьків</i>	<i>Негативність в цілому</i>	
загальний настрій	.29	.51*	.22	.33	.29	.15	.40	.53 *	
негативність загального настрою	.36	.61**	.34	.50*	.42	.32	.46*	.49 *	
впливає на загальний настрій батьків	.13	.41	.07	.16	.34	.16	.25	.38	
напруга батьків									
реакція дитини на впливає на реакцію дитини	.37	.70**	.44*	.36	.38	.26	.39	.59 * *	
Напруженість Дитини	.14	.35	.13	.27	.10	.11	.21	.31	
реакція батьків на негативність в цілому	.20	.16	.24	.17	.10	.07	.26	.28	
	.32	.49*	.33	.24	.31	.19	.42	.45	
	.42	.64**	.45		.45*	.32	.53*	.56*	
Залучення									
	<i>залучення у вільну гру</i>	<i>ступінь участі в загальній допомозі</i>	<i>Незапрошені</i>	<i>Фрагменти</i>	<i>дотик до позиції / пози</i>	<i>батьківський фокус</i>	<i>участь батьків в цілому залученості</i>		
загальна ступінь	-.20	-.20	-.09	-.22	.24		-.01		
Нав'язливість Батька	.53*	.63**	.43	.52*	-.31		.34		
участь в цілому	.25	.30	.30	.16	.11		.31		

p < .05, * * p < .01

Додаток Е

ДИСПЕРСІЙНИЙ АНАЛІЗ ДОСЛІДЖЕННЯ

Основною метою дисперсійного аналізу, фундаментальна концепція якого була запропонована Р. Фішером у 1920 р., є дослідження значущості відмінності між середніми декількох груп даних або змінних. Якщо порівнюються середні двох груп, дисперсійний аналіз дасть той же результат, що і звичайний t -критерій для незалежних або залежних вибірок. Проте використання дисперсійного аналізу має переваги особливо для малих вибірок.

У дисперсійному аналізі перевірка статистичної значущості відмінності між середніми декількох груп здійснюється на основі вибірових дисперсій. Ця перевірка проводиться за допомогою розбиття загальної дисперсії (варіації) на частини, одна з яких обумовлена випадковою помилкою (тобто внутрішньогруповою мінливістю), а друга пов'язана з відмінністю середніх значень. Якщо ця відмінність значуща, нульова гіпотеза щодо існування відмінності між середніми значеннями відкидається на певному рівні значущості.

Дисперсійний однофакторний аналіз

Дисперсійний однофакторний аналіз використовується у дослідженнях зміни результативної ознаки під впливом зміни умов або градацій фактора. Суть математичних перетворень дисперсійного методу полягає в тому, щоб зіставити дисперсії за факторами із дисперсією усіх значень, отриманих в експерименті. Однофакторний аналіз вимагає не менше трьох градацій фактора і не менше двох випробовувань у кожній градації. При проведенні дисперсійного аналізу необхідно перевірити нормальність розподілу досліджуваної випадкової величини і відсутність відмінності дисперсій сукупностей. Це можна виконати методами перевірки статистичних гіпотез.

Припустимо, що аналізується вплив фактора А на к рівнях A_1, A_2, \dots, A_k . Наприклад, в експерименті це можна реалізувати, якщо задіяти к вибірок з різними градаціями умов. На кожному рівні A_i (для кожної вибірки) проведено n спостережень $x_{i1}, x_{i2}, \dots, x_{in}$ (див. табл. Е.1).

Таблиця Е.1

Номери спостережень	Рівні фактора А		
		A_2	A_k
1	x_{11}	$x_{21} \dots$	x_{k1}
2		x_{22}	x_{k2}
\vdots	x_{1i}	$x_{2i} \dots$	x_{ki}
n	x_{1n}	x_{2n}	x_{kn}
	X_1	$X_2 \dots$	X_k

Розглянемо оцінки різних дисперсій.

Дисперсія s_i^2 для рівня A_i (для певної вибірки) може бути записана як

$$s_i^2 = \frac{1}{n-1} \sum_{j=1}^n (x_{ij} - \bar{x}_i)^2 = \frac{1}{n-1} \left[\sum_{j=1}^n x_{ij}^2 - \frac{1}{n} \left(\sum_{j=1}^n x_{ij} \right)^2 \right].$$

Дисперсія s_0^2 , що характеризує варіативність поза впливу фактора А

$$s_0^2 = \frac{1}{k} \sum_{i=1}^k s_i^2 = \frac{1}{k(n-1)} \sum_{i=1}^k \sum_{j=1}^n (x_{ij} - \bar{x}_i)^2 = \frac{1}{k(n-1)} \left[\sum_{i=1}^k \sum_{j=1}^n x_{ij}^2 - \frac{1}{n} \sum_{i=1}^k \left(\sum_{j=1}^n x_{ij} \right)^2 \right].$$

Загальна дисперсія я всіх nk спостережень дорівнює

$$s^2 = \frac{1}{kn-1} \sum_{i=1}^k \sum_{j=1}^n (x_{ij} - \bar{x})^2, \text{ де } \bar{x} = \frac{1}{k} \sum_{i=1}^k \bar{x}_i \quad \bar{x}_i = \frac{1}{n} \sum_{j=1}^n x_{ij}.$$

Отже,

$$s_2 = \frac{1}{kn-1} \left[\sum_{i=1}^k \sum_{j=1}^n x_{ij}^2 - \frac{1}{kn} \left(\sum_{i=1}^k \sum_{j=1}^n x_{ij} \right)^2 \right].$$

Дисперсія s^2_A , що характеризує зміну середніх \bar{x}_i під впливом фактора $A: 1 \leq i \leq k$

Перевірка впливу фактора A на зміну середніх може бути зведена до порівняння дисперсій s^2_A і s^2 .

Вплив фактора A вважатиметься значущим на рині

α , якщо є значущим відношення $F \geq F_{\alpha}^*$, тобто якщо

• $F \geq F_{\alpha}^*$ - критерій Фішера. Приклад 6.1. Довести припущення про те, що фактор швидкості пред'явлення слів впливає на показники їх відтворення (дані у таблиці рис. 8.1). *Послідовність рішення:*

о *Формулювання гіпотез.*

H_0 : фактор швидкості не є більш вираженим, ніж випадковим; H_1 : фактор швидкості є більш вираженим, ніж випадковим.

• о *Перевірка припущень:* досліджуваний параметр має нормальний розподіл; вибірки незв'язані однакових обсягів; виміри за шкалою відношень.

• о *Визначення емпіричного критерію $F_{емп}$* базується на зіставленні квадратів сум по стовпцях із сумою квадратів усіх емпіричних значень. Кожний стовець представляє вибірку і відповідає певній градації фактора швидкості.

о *Введені позначення:*

$n = 6$ - кількість спостережень (рядків);

$k = 3$ - кількість факторів (стовпчиків);

$nk = 6 \cdot 3 = 18$ - загальна кількість індивідуальних значень;

7 - індекс рядків змінюється від 1 до n ($7 = 1, 2, \dots, n$);

i - індекс стовпчиків змінюється від 1 до k ($i = 1, 2, \dots, k$).

• о Математичні розрахунки (див. рис 6.1 і 6.2):

• - розрахувати суми в комірках B13:B15 за формулами $\sum_{i=1}^k \sum_{j=1}^n x_{ij}$

а саме

$$Q_1 = 6^2 + 7^2 + 6^2 + 5^2 + 5^2 = 432; \quad Q_2 = -(34^2 + 29^2 + 23^2) = 421;$$

$$Q_3 = \frac{1}{3} \sum_{i=1}^3 (34 + 29 + 23)^2 = 410,89; \quad 3 \cdot 6$$

- розрахувати емпіричний критерій $F_{\text{емп}}$ в комірці B16 за формулою

$$F_{\text{емп}} = \frac{s_A^2}{s_0^2} = \frac{k(n-1) Q_2 - Q_3}{k-1 Q_1 - Q_2}, \text{ тобто } F_{\text{емп}} = \frac{3(6-1) 421 - 410,89}{3-1 432 - 421} \approx 6,89.$$

	A	B	C	D
1		Швидкість пред'явлення		
2	j \ i	Низька	Середня	Висока
3	1	6	5	4
4	2	7	6	4
5	3	6	5	4
6	4	5	4	3
7	5	6	4	5
8	6	4	5	3
9	Суми:	34	29	23
10	Середні:	5,67	4,83	3,83
11	n =	6		
12	k =	3		
13	Q1 =	432,00		
14	Q2 =	421,00		
15	Q3 =	410,89		
16	F _{емп} =	6,89		
17	F _{0,05} =	3,68		
18	F _{0,01} =	6,36		
19	p _{емп} =	0,0075		

	A	B	C	D
1		Швидкість пред'явлення		
2	j \ i	Низька	Середня	Висока
3	1	6	5	4
4	2	7	6	4
5	3	6	5	4
6	4	5	4	3
7	5	6	4	5
8	6	4	5	3
9	Суми:	=СУММ(B3:B8)	=СУММ(C3:C8)	=СУММ(D3:D8)
10	Середні:	=СРЗНАЧ(B3:B8)	=СРЗНАЧ(C3:C8)	=СРЗНАЧ(D3:D8)
11	n =	=СЧЁТ(B3:B8)		
12	k =	=СЧЁТ(B9:D9)		
13	Q1 =	=СУММКВ(B3:D8)		
14	Q2 =	=СУММКВ(B9:D9)/B11		
15	Q3 =	=СУММ(B9:D9)^2/B11/B12		
16	F _{емп} =	=(B14-B15)*B12*(B11-1)/(B13-B14)/(B12-1)		
17	F _{0,05} =	=ФРАСПОБР(0,05;B12-1;B12*(B11-1))		
18	F _{0,01} =	=ФРАСПОБР(0,01;B12-1;B12*(B11-1))		
19	p _{емп} =	=ФРАСП(B16;B12-1;B12*(B11-1))		

Рис. Е.1. Результати Рис. Е.2. Розрахункові формули

дисперсійного аналізу однофакторного дисперсійного аналізу

о Критичне значення $F_{\text{кр}}$ можна отримати за допомогою функції

=PPACPOBP() для рівня значущості для $\alpha = 0,05$ (0,01) і числа ступенів вільності $k - 1 = 3 - 1 = 2$ і $k(p - 1) = 3(6 - 1) = 15$. $\Gamma_{0,05} \sim 3,68$ і $\Gamma_{0,01} \sim 6,36$.

- о *Прийняття рішення.* Оскільки $\bar{X}_{\text{гпн}} > P_{0,01}$ ($6,89 > 6,36$), нульова гіпотеза H_0 відхиляється на рівні значущості 0,01.
- о *Формулювання висновків.* Відмінності в обсязі відтворення слів (фактор швидкості) є більш вираженими, ніж випадковим. Цю залежність можна представити графічно на рис. 6.3.

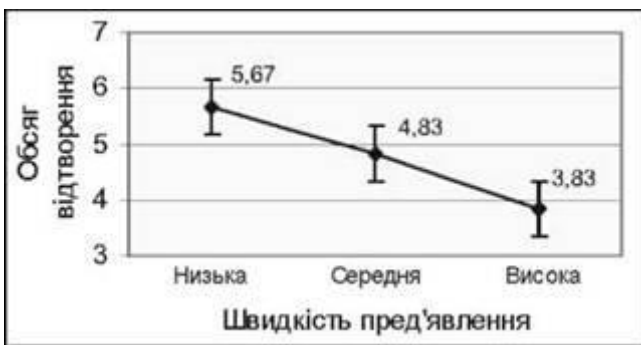


Рис. Е.3. Залежність середнього обсягу відтворених слів від швидкості пред'явлення

Розрахунки однофакторної моделі можна провести за допомогою пакета "Аналіз даних" розділ "Однофакторний дисперсійний аналіз" (рис.Е.4).

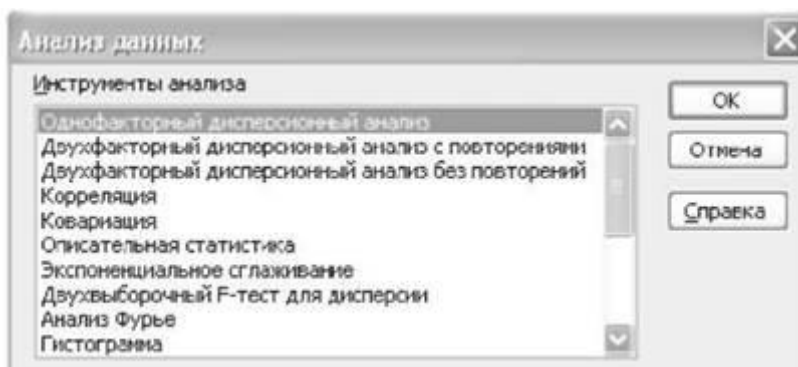


Рис. Е.4. Меню пакета "Аналіз даних"

Після введення відповідних параметрів (рис. Е.5) можна отримати результати однофакторного дисперсійного аналізу (рис. Е.6).

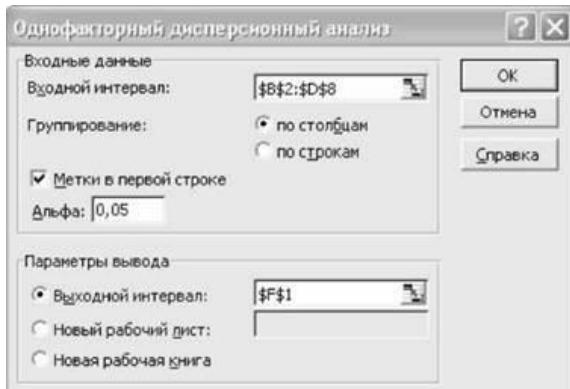


Рис. Е.5. Діалогове вікно

	F	G	H	I	J	K	L
1	Однофакторный дисперсионный анализ						
2							
3	ИТОГИ						
4	<i>Группы</i>	<i>Счет</i>	<i>Сумма</i>	<i>Среднее</i>	<i>Дисперсия</i>		
5	Низька	6	34	5,67	1,07		
6	Середня	6	29	4,83	0,57		
7	Висока	6	23	3,83	0,57		
8							
9							
10	Дисперсионный анализ						
11	<i>Источник вариации</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>P-Значение</i>	<i>Fкритическое</i>
12	Между группами	10,11	2	5,06	6,89	0,0075	3,68
13	Внутри групп	11	15	0,73			
14							
15	Итого	21,11	17				

Рис. Е.6. Результати однофакторного дисперсійного аналізу ($\alpha = 0,05$)