

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ІЗМАЇЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ГУМАНІТАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кафедра загальної та практичної психології

**ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ДІТЕЙ З СИНДРОМОМ
ДЕФІЦИТУ УВАГИ І ГІПЕРАКТИВНОСТІ**

Кваліфікаційна робота здобувача

освітнього ступеня магістр

спеціальності 053 Психологія

освітньої програми Психологія

Міщенко Наталії Іванівни

Керівник доктор псих. наук,

в.о. проф. кафедри загальної та
практичної психології Кічук А.В.

Рецензент зав. кафедри загальної
педагогіки і спеціальної освіти
канд. пед. наук, доц. Звєкова В.К.


Робота допущена до захисту

ЗМІСТ

на засіданні кафедри загальної та практичної психології

протокол 13 від "05" серпня 2024р.

Завідувач кафедри

 Мазеха Т.С.


Робота пройшла публічний захист

на відкритому засіданні ЕК

"27" червня 2024р.

Оцінка 90 відмінно

Голова ЕК

 Величенко Л.К.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ СИНДРОМУ ДЕФІЦИТУ УВАГИ ТА ГІПЕРАКТИВНОСТІ	
1.1. Дослідження синдрому дефіциту уваги і гіперактивності як проблема психологічної теорії і практики.....	7
1.2. СДУГ у контексті підходів нейропсихологічних концепцій.....	11
1.3. Етіологія та фактори ризику СДУГ.....	17
РОЗДІЛ 2. ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ДІТЕЙ З СДУГ	
2.1. Загальні принципи, стратегії, методи психологічного супроводу...28	
2.2. Своєрідність психологічного супроводу дітей зі СДУГ в інклюзивному просторі закладів загальної середньої освіти.....	35
РОЗДІЛ 3. ДОСЛІДНО-ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА РОБОТА З ВИВЧЕННЯ СДУГ В УЧНІВ ПОЧАТКОВОЇ ОСВІТИ	
3.1. Завдання, методика та організація психологічного експерименту.....	44
3.2. Методичні рекомендації щодо організації корекційної роботи з психологічного супроводу	73
ВИСНОВКИ.....	90
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	94
ДОДАТКИ.....	10

ВСТУП

Актуальність теми. Сутність і стан розробки наукової проблеми.

Синдром дефіциту уваги і гіперактивності (СДУГ) є однією з найпоширеніших психоневрологічних порушень дитинства, від якого страждають 5% -7% дітей та підлітків шкільного віку, що суттєво впливає на розвиток дітей та їхню соціальну адаптацію. З кожним роком зростає кількість дітей, які мають труднощі з поведінкою, навчанням, які не пов'язані з педагогічною занедбаністю або відсутністю турботи про дитину. Цей синдром характеризується відхиленнями уваги, гіперактивністю та імпульсивністю, що значно ускладнює навчання та повсякденне функціонування дітей, а також може впливати на якість їх майбутнього життя.

Наукове дослідження проблеми СДУГ має велике значення для розуміння механізмів виникнення та подолання цього порушення у дітей. Аналіз вітчизняної (Гурко І. В., Довбня О. В., Єфименко О. І., Квашніна Л. В., Майдан І. С. та ін.) і зарубіжної наукової літератури (Барр Р. Г., Вендер П., Далсгаард С., Друлінгер Б., Дуглас В. І., Лурія О., Мартон П., Паррі П., Стілл Д., Шевченко Ю. С., Штраус А. та ін.) підтверджує високу актуальність даної теми та значну кількість невирішених проблем у психологічному супроводі дітей з СДУГ. Незважаючи на наявні практичні розв'язки, відсутність комплексного підходу та нестача ефективних методик супроводу ускладнюють процес допомоги таким дітям.

Мета і завдання дослідження

Метою кваліфікаційної роботи є вивчення основ психологічного супроводу дітей з синдромом дефіциту уваги і гіперактивності з метою

поліпшення їхнього навчання, соціальної адаптації та якості життя. Для досягнення мети визначено наступні завдання:

- Розкрити поняття та сутність синдрому дефіциту уваги і гіперактивності, описати основні прояви та характеристики цього порушення;
- Вивчити наукові теорії та підходи щодо пояснення причин виникнення СДУГ у дітей, а також існуючі методики діагностики цього порушення;
- Проаналізувати наукові дослідження та практичний досвід у сфері психологічного супроводу дітей з СДУГ, визначити найефективніші підходи та методики;
- Розробити рекомендації щодо психологічного супроводу дітей з СДУГ з метою поліпшення їхнього навчання та соціальної адаптації.

Об'єкт дослідження: діти з синдромом дефіциту уваги і гіперактивності.

Предмет дослідження: психологічний супровід дітей з синдромом дефіциту уваги і гіперактивності.

Методи дослідження

У даній науковій роботі були використані наступні методи дослідження:

Аналіз наукової літератури - для вивчення теоретичних аспектів синдрому дефіциту уваги і гіперактивності, а також існуючих підходів до психологічного супроводу дітей з цим порушенням;

Спостереження - для дослідження поведінкових особливостей дітей з СДУГ та оцінки ефективності застосування психологічного супроводу;

Анкетування - для збору даних про думки, досвід, потреби та очікування батьків дітей з СДУГ щодо психологічного супроводу;

Метод анамнезу - для вивчення історії розвитку дитини, її психологічних та фізіологічних особливостей, умов життя.

Дослідження проводилось за допомогою наступних методик: діагностичний опитувальник оцінки симптомів СДУГ (шкала Коннора), модифікований опитувальник Т. Ахенбаха, тест на ідеомоторний праксис (Ч. Ньюкіт'єн), збір анамнезу розвитку дитини, Тест Струпа, Канадська оцінка виконання діяльності (COPM), нейропсихологічне обстеження (експрес-діагностика "Лурія-90"), Анкета на виявлення порушення сенсорної інтеграції, діагностика рівневої організації рухів (за Бернштейном М. О.).

Джерельна база дослідження

Для проведення дослідження були використані вітчизняні і зарубіжні наукові джерела, а саме: статті, монографії, підручники, дисертації, а також інтернет ресурси наукової і практичної інформації з психології, педагогіки, психіатрії та суміжних галузей.

Теоретичне значення одержаних результатів складається з розширення наукових уявлень про особливості поведінки дітей з синдромом дефіциту уваги і гіперактивності, фактори та чинники ризику розвитку синдрому.

Практичне значення одержаних результатів полягає у розробці методичних рекомендацій та програми психологічного супроводу, що можуть бути використані практичними психологами, нейропсихологами, педагогами та батьками дітей з СДУГ для поліпшення їхнього навчання та соціальної адаптації. Рекомендації, розроблені на основі дослідження,

можуть сприяти створенню ефективної системи психологічного супроводу та покращенню якості життя дітей з СДУГ.

Результати апробації дослідження відбулись через участь у науково-практичних конференціях:

1. Синдром дефіциту уваги і гіперактивності у дітей як актуальна проблема психологічної теорії і практики. *Сучасна психологія: проблеми та перспективи. Збірник наукових праць за матеріалами VII Всеукраїнської науково-практичної конференції “Сучасна психологія: проблеми і перспективи” (5 грудня 2023 р.). Ізмаїл: РВВ ІДГУ. 2023.*
2. Психологічний супровід дітей з СДУГ: принципи, етапи, методи, стратегії. *Освітні інновації у закладах освіти: проблеми та перспективи. Збірник наукових праць за матеріалами VI Всеукраїнської науково-практичної конференції “Освітні інновації у закладах освіти: проблеми та перспективи” (12 грудня 2023 р.). Ізмаїл: РВВ ІДГУ. 2023.*

Структура роботи представлена вступом, трьома розділами, висновками, списком використаних джерел (всього 84 найменування) та додатками. Робота містить шість малюнків, дев'ять таблиць, загальний обсяг кваліфікаційної роботи становить 94 сторінки.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ДІТЕЙ З СДУГ

1.1. Дослідження синдрому дефіциту уваги і гіперактивності як проблема психологічної теорії і практики

Синдром дефіциту уваги та гіперактивності (СДГУ) - це комплексний хронічний розлад мозкових функцій, який виявляється в різних сферах функціонування і поведінки. СДУГ (мінімальна мозкова дисфункція, синдром рухової розгальмованості, синдром гіперактивності, гіперкінетичний синдром, гіпердинамічний синдром) є дуже поширеним розладом дитячого віку та виступає складною та вельми актуальною проблемою[35].

Зазначимо, що синдром дефіциту уваги і гіперактивності (СДУГ) був вперше описаний у 1902 році американським лікарем Джорджем Фредеріком Стіллом як розлад нервового розвитку, що характеризується труднощами фокусування або надмірною активністю та імпульсивною поведінкою[66]. Він пов'язував цей синдром з біологічними чинниками (наслідком спадкової патології чи родової травми). У той час його роботу назвали “дефективною моральністю” і “мозковим збудженням”. Протягом наступних десятиліть СДУГ отримував різні назви та визначення, (до прикладу, “мінімальний дисонансний розлад”, “дитяча гіперкінетична дисфункція”,-“гіперактивність з порушенням уваги” та ін.).

Медичні аспекти проблеми вивчалися Р.Барклі, Я. Бікшаєвою, Г. Гофманом, Л. Журбою, Д. Ісаєвим, В. Ковальовим, А. Лічко, І. Марценковським, М. Певзнер, Дж. Стіл, Г. Сухаревою, О. Ткачовою, Л.

Чутко, Ю. Шевченко, А. Штраус, Р. Wender; психологічні – І. Брязгуновим, В. Дуглас, М. Заваденко, О. Лютовою, Г. Моніною, О. Плахотіною, Л. Руденко, О. Романчуком, А. Сиротюк, Є. Суковським, О. Токар; педагогічні – Т. Борисовою, Т. Ємельянцевою, В. Кузьміною, О. Куцінко, Л. Матюхіною, Л. Прокопів, О. Ферт, Л. Ясюковою.

Проте, варто зазначити, що СДУГ багато в чому є комплексним станом, і його дослідження та розуміння розвивалися на протязі багатьох років завдяки праці багатьох науковців і фахівців у галузі психіатрії, психології, нейробиології та інших відповідних дисциплін.

На початку ХХ ст. гіперактивність дітей стали пов'язувати з порушеннями функцій мозку (Bond Patridge G. E., 1926); П. М. Левін (1938) прийшов до висновку, що тяжкі форми рухового занепокоєння зумовлені органічним ураженням головного мозку, щодо легких форм, велику роль у їх виникненні відіграє порушення стосунків з батьками. Також автор вперше припустив, що ураження лобових часток головного мозку призводить до прояву симптому дефіциту уваги і гіперактивності.

У 1947 р. А. Strauss висунув концепцію мінімального пошкодження мозку (minimal brain damage), згідно з якою гіперактивність у дітей нагадує наслідки черепно-мозкової травми у дорослих. Надалі в англо-американській літературі з'являється термін “мінімальна мозкова дисфункція” (minimal brain dysfunction) (Wender PH, 1971). До цієї категорії відносять дітей з проблемами в навчанні або поведінці, розладами уваги, що мають нормальний рівень інтелекту і легкі неврологічні порушення, які не виявляються при стандартному неврологічному дослідженні, або з ознакою незрілості і сповільненого дозрівання тих чи інших психічних функцій [30].

Синдром дефіциту уваги та гіперактивності (СДУГ) вивчали багато вчених та дослідників з різних галузей науки. Згадаємо декілька провідних вчених, які внесли вагомий внесок у дослідження СДУГ.

Доведено, що вперше відзначив характерні ознаки цього розладу в 1937 році Леонардо Ковелло, психіатр. Він описав синдром дефіциту уваги та гіперактивності і назвав його “мінімальна мозкова дисфункція”[23].

Пізніше Клементс С. Д. (1966 р.) уточнив кордони даної патології і запропонував наступне визначення мінімальної мозкової дисфункції: цей термін повинен застосовуватись до дітей зі середнім рівнем інтелекту, з порушеннями в навчанні та / або поведінці, які поєднуються з патологією центральної нервової системи [21, С. 6-7].

Слід зазначити, що вагомий внесок у дослідження СДУГ зробили такі вчені як: Бенджамін Ф. Друлінгер, американський педіатр, який поширив змістове наповнення поняття “дефіцит уваги та гіперактивність” серед педіатрів і ввів термін “синдром гіперактивності з дефіцитом уваги” (Attention-Deficit Hyperactivity Disorder - ADHD) у 1960-х роках; американський психіатор Томаса Е. Брауна, який працював над розвитком та дослідженням моделей розуміння СДУГ, включаючи його розширений погляд на спектр СДУГ; британський психолог Кейтлін Адамсон, який досліджував соціальні та психологічні аспекти СДУГ у дітей та дорослих. Такі науковці як Харолд Гоффман, Пітер Дженсен, Едвард Г. Грінер та багато інших також вивчали СДУГ та внесли свій внесок у розуміння цього розладу. Ці вчені працювали над визначенням сутності, етіології, класифікації та лікування СДУГ, що сприяє кращому розумінню та підходам до психологічного супроводу дітей з цим розладом.

Протягом кількох десятиліть СДУГ отримував різні назви та визначення, такі як “мінімальний дисонансний розлад”, “дитяча гіперкінетична дисфункція” та “гіперактивність з порушенням уваги”.

У 1980 році, Американська психіатрична асоціація (АРА) включила СДУГ в перше видання Діагностичного і статистичного посібника психічних розладів (DSM-III) як “увага-дефіцитний розлад з гіперактивністю”. В подальших версіях DSM він був перейменований на "увага-дефіцитний гіперактивний розлад" (ДГД), а в DSM-5, випущеному в 2013 році, цей розлад став відомий як “увага-дефіцитний/гіперактивний розлад” (УД/ГР) [82].

Це лише деякі приклади видатних дослідників та їхніх праць. В галузі СДУГ існує багато наукових журналів, де публікуються дослідження з цієї теми, такі як “Journal of Attention Disorders”, “Journal of Child Psychology and Psychiatry”, “Journal of Abnormal Child Psychology” та інші.

За останні десятиліття СДУГ отримав значний інтерес і визнання як серйозний неврологічний розлад, що впливає на велику кількість людей у всьому світі. Дослідники зосередилися на вивченні причин і механізмів СДУГ, розробці ефективних методів діагностики та лікування, а також на вивченні впливу СДУГ на різні аспекти життя людини[1, С. 88-94.].

До вітчизняних найбільш відомих дослідників, які займалися проблемою СДГУ належать: Єфименко О. І. - український психолог, який присвятив багато років вивченню СДУГ та розвитку практичних методик діагностики та корекції; Гурко І. В. - відома вчена, яка досліджувала проблематику СДУГ, особливо зоровий аналіз та його вплив на навчання дітей; Довбня О. В. - спеціаліст з питань психологічного супроводу дітей з СДУГ, автор методичних рекомендацій для практичних психологів та вчителів тощо.

Отже, вищезазначене свідчить, що одним з головних аспектів дослідження СДУГ є розуміння його механізмів та причин. Так, вчені виявили, що нейробиологічні фактори, такі як дисфункція певних мозкових ділянок і неротрансмітерних систем, можуть впливати на розвиток СДУГ. Крім того, генетичні та середовищні чинники також грають важливу роль у появі цього порушення. Дослідження цих механізмів допомагає зрозуміти основи СДУГ і створює основу для розробки інноваційних підходів до лікування.

Натомість, для ефективного виявлення СДУГ важливо розробити надійні методи діагностики. Психологи та медичні фахівці використовують різноманітні інструменти, такі як психологічні тести, спостереження та інтерв'ю, для оцінки симптомів СДУГ. Дослідження спрямовані на пошук найбільш точних та надійних методів діагностики, які допоможуть вчасно виявити цей розлад та встановити правильний діагноз.

Однак, не менш важливим є розробка ефективних підходів до лікування СДУГ. Дослідження в цій галузі включають в себе експерименти з медикаментозною терапією, психологічними інтервенціями, такими як психоосвіта та психотерапія, а також комбіновані підходи. Оновлення наукових даних та постійне вдосконалення методів лікування СДУГ є необхідними для покращення якості життя людей з цим порушенням[83].

Дослідження СДУГ також включають вивчення впливу цього стану на різні аспекти життя людини, включаючи навчання, роботу, міжособистісні відносини та загальний розвиток. Широкий спектр досліджень дозволяє збагатити наше розуміння впливу СДУГ на індивіда та суспільство в цілому.

1.2. СДУГ у контексті підходів нейропсихологічних концепцій

Слід зауважити, що синдром дефіциту уваги і гіперактивності (СДУГ) вивчається з різних наукових підходів, одним з яких є нейропсихологічна наука. Нейропсихологія є галуззю психології, яка досліджує взаємозв'язок між мозком і психічною діяльністю, включаючи увагу, пам'ять, сприйняття, мову, мислення та інші когнітивні функції.

Відомо, що клінічні прояви СДУГ визначаються трьома основними симптомами: неуважністю, гіперактивністю та імпульсивністю. [18, 65, 82]

У цьому аспекті особливий інтерес являє робота В. Доуглас [69], що висунула теорію “чотирьох великих дефіцитів” в основі захворювання: 1) зниження можливості утримувати увагу; 2) слабкість гальмування імпульсивної поведінки; 3) слабкість модуляції рівня активуючих впливів при ситуаційному запиті; 4) надзвичайно сильна схильність до негайної винагороди.

У зв'язку з цим необхідно відзначити дослідження П. Леунг і К. Коноллі [76], які, натомість, не виявили вираженого дефіциту підтримуваної уваги у дітей з даною патологією а відзначили, що більшою мірою у дітей з СДУГ реєструється дефіцит виборчої уваги, яка проявляється підвищеною відволікаємістю на сторонні стимули, особливо якщо ці стимули яскраві, цікаві.

Одним з відомих дослідників СДУГ був Рассел Барклей - провідний американський психолог, який зробив значний внесок у вивчення та класифікацію СДУГ, розробивши модель взаємодії систем, яка відображає комплексність цього розладу. Згідно моделі Рассел Барклей [65].СДВГ характеризується не стільки порушеннями уваги, скільки дефіцитом гальмування (інгібування), тобто здібності людини контролювати імпульсивні або автоматичні реакції. На його думку, в основі захворювання лежить розлад виконавчих функцій (executive desfunction),

реалізація яких здійснюється переважно префронтальними відділами кори головного мозку. Дефіцит інгібування сприяє підвищеній відволікаємості і погіршує підтримувану увагу. Поряд з цим порушення виконавчих функцій ведуть до гіперактивності і розладу поведінки.

Зауважимо, що Р. Міліч та ін. [76]. відмічає порушення когнітивних функцій (низький когнітивний темп) у дітей з синдромом дефіциту уваги (СДУ без гіперактивності) і взагалі виокремлює цей розлад в окреме захворювання. Діти з СДУ справляють враження загальмованих, сонливих, боязких, сором'язливих. Вони повільніше своїх однолітків сприймають інформацію, гірше запам'ятовують. Натомість було зафіксовано, що рівень астеничної симптоматики при СДУ більше ніж при СДУГ а рівень зниження уваги у дітей з СДУ більш високий ніж у дітей з СДУГ [58, С. 42-45.].

Зауважимо, що деякі дослідники, зокрема А. Р. Агріс, Єгорова О. І. та ін. відмічають порушення у дітей з СДУГ такої вищої психічної функції як пам'ять [1, С. 6-19.]. Зокрема, на їх думку, ведучим порушенням для дітей з СДУ є дефіцит робочої пам'яті (другого компонента керуючих функцій). Таким чином, на думку цих авторів, СДВ може бути описаний як регуляторно-активаційний дефіцит зі слабкістю робочої пам'яті, тоді як СДУГ - як регуляторно-моторний з труднощами довільного відгальмовування. Так, Н. Ахмаді та ін. виявили, що для дітей з СДУГ притаманні більш виражені складнощі з виконавчими функціями ніж у дітей з СДУ [61. С.197-202.].

Отже, в цілому, дослідження СДУГ в контексті нейропсихологічної науки мають на меті розуміння нейрологічних механізмів, що лежать в основі порушення, розробку ефективних методів діагностики та інтервенцій та поліпшення якості життя людей з СДУГ. Інтеграція різних

підходів нейропсихологічної науки дозволяє отримати комплексне розуміння цієї проблеми і розробити ефективні стратегії для практичного застосування в клінічній роботі та освітніх програмах.

Зауважимо, що одним з важливих аспектів досліджень СДУГ є інтеграція діагностичних підходів нейропсихологічної науки. Використання нейроімеджингових методів, таких як фМРТ та ЕЕГ, дозволяє вивчати активність мозку та зв'язки між регіонами, пов'язаними з увагою та гіперактивністю. Нейрофізіологічні методи допомагають вивчити електричну та магнітну активність мозку, що пов'язана з когнітивними процесами у людей з СДУГ. Нейропсихологічні тести та батареї допомагають оцінити когнітивні функції та ідентифікувати відхилення в увазі, пам'яті та інших процесах у людей з СДУГ.

Отже, нейропсихологічна наука використовує різні підходи для вивчення взаємозв'язку між мозком і психічною діяльністю. Зазначимо декілька основних підходів нейропсихологічної науки, що використовуються в дослідженнях СДУГ:

Нейроімеджингові методи. Цей підхід включає використання методів, таких як функціональна магнітно-резонансна томографія (фМРТ), позитронно-емісійна томографія (ПЕТ) та електроенцефалографія (ЕЕГ). Ці методи дозволяють візуалізувати активність мозку та встановлювати зв'язки між певними регіонами мозку та психічними функціями. В дослідженнях СДУГ ці методи використовуються для вивчення дисфункцій мозку, які можуть бути пов'язані з увагою, інгібіцією та іншими важливими когнітивними процесами.

Нейрофізіологічні методи. Цей підхід включає дослідження електричних та хімічних сигналів, що генеруються нейронами за допомогою методів, таких як електроенцефалографія (ЕЕГ) та

магнітоенцефалографія (МЕГ). Ці методи дозволяють вивчити часові характеристики мозкової активності та встановити зв'язки між мозковою електричною активністю та психічними процесами. В дослідженнях СДУГ нейрофізіологічні методи можуть використовуватись для виявлення патологічних сигналів або аномальних відповідей мозку, що пов'язані з увагою та гіперактивністю.

Нейропсихологічні тести та батареї. Цей підхід передбачає використання стандартизованих психологічних тестів та батарей тестів для вивчення когнітивних функцій, таких як увага, пам'ять, мовлення та інші психічні процеси. Застосування цих тестів дозволяє оцінити рівень функціонування особи та виявити відхилення в її когнітивних здібностях, які можуть бути пов'язані з СДУГ.

Генетичні дослідження. Цей підхід включає вивчення генетичних факторів, які можуть впливати на ризик розвитку СДУГ. Дослідження генетичних маркерів дозволяють встановити зв'язки між специфічними генами та розвитком порушення. Це допомагає в розумінні основи СДУГ та індивідуальної вразливості до нього.

Отже, визначені підходи в нейропсихологічній науці спільно використовуються для отримання комплексного розуміння розладу, його нейрологічних механізмів та виявлення ефективних стратегій діагностики, лікування та підтримки людей з СДУГ. Комбінація цих підходів дозволяє дослідникам вивчати як макрорівень мозку та його структури, так і мікрорівень, пов'язаний з нейрофізіологічною та молекулярною активністю мозку [77, 81].

Отже, можна зробити наступні висновки о значущості нейропсихологічного підходу до вивчення проблеми дітей з синдромом дефіциту уваги і гіперактивністю:

по-перше, у контексті нейропсихологічної науки СДУГ розглядається з погляду дефіцитів та розладів у нейрологічних процесах, які регулюють увагу, самоконтроль та інші функції мозку. Дослідження в цій галузі дозволяють краще розуміти механізми, що лежать в основі СДУГ, та сприяють розробці ефективних стратегій діагностики та лікування.

по-друге, один з ключових аспектів нейропсихологічного дослідження СДУГ - це вивчення нейробіологічних факторів, які впливають на розвиток та прояви цього розладу. Так, дослідження показують, що деякі ділянки мозку, такі як передня частина кори, базальні ганглії та нейромодуляторні системи, включаючи дофамін та норадреналін, можуть бути відповідальними за дефіцит уваги, гіперактивність та імпульсивність, що спостерігаються у СДУГ.

по-третє, слід зазначити, що нейропсихологічні дослідження також досліджують вплив СДУГ на когнітивні функції. Відомо, що багато людей з СДУГ виявляють проблеми з робочою пам'яттю, інгібіцією, гнучкістю мислення та іншими когнітивними процесами. Ці дослідження допомагають краще розуміти, як СДУГ впливає на функціонування мозку та виконавчі функції, і як це може вплинути на навчання, роботу та поведінку осіб з СДУГ.

по-четверте, нейропсихологічна наука вивчає ефективність різних психологічних інтервенцій у лікуванні СДУГ. Так, когнітивно-поведінкова терапія, тренування уваги та інші психологічні методи можуть сприяти покращенню симптомів СДУГ та підвищенню когнітивних функцій.

по-п'яте, нейропсихологічна наука займається дослідженням довгострокових наслідків СДУГ на розвиток та функціонування мозку. Натомість, дослідження показують, що несвоєчасне лікування або неефективне управління СДУГ можуть мати негативний вплив на

навчання, соціальну адаптацію та психологічне благополуччя протягом усього життя.

Таким чином, нейропсихологічна наука вносить вагомий внесок в розуміння СДУГ, його механізмів та впливу на мозок та психічну діяльність. Ці дослідження допомагають розвивати більш точні методи діагностики, індивідуалізовані підходи до лікування та корекції, а також сприяють розвитку нових технологій та інтервенцій для поліпшення якості життя осіб з СДУГ.

1.3. Етіологія та фактори ризику СДУГ

Варто зазначити, що СДУГ багато в чому є комплексним станом, що поєднує в собі прояви дефіциту уваги і гіперактивності. Тому його дослідження та розуміння розвивалися на протязі багатьох років завдяки праці науковців і фахівців у галузі психіатрії, психології, нейробиології та інших відповідних дисциплін.

Так гіперактивність розглядається як надмірна активність дитини зі слабким контролем спонукань, стан, при якому активність і збудливість людини перевищує норму. [6, 2018. - 135с.] А дефіцит уваги - як нездатність утримуватися зосередження на засвоєному матеріалі протягом потрібного часу, розлад розвитку, при якому процеси збудження в головному мозку переважають над процесами гальмування. [11,2023. - 536с.]. Симптоми даного порушення поведінки доповнюють один одного.

Слід зауважити, що діти з СДУГ - це не однорідна група, у зв'язку з чим існують різні класифікації даного порушення. Відповідно до Міжнародної класифікації захворювань, СДУГ розглядається у рубриці F 90

(гіперкінетичні розлади), де виокремлюють дві форми цього захворювання:

- F 90.0 - СДУГ з переважанням дефіциту уваги (20-30% випадків, часто регресує у підлітковому віці по мірі сгладжування симптомів гіперактивності);
- F 90.1 - СДУГ з переважанням гіперактивності (менше 15% випадків, частіше у дітей дошкільного віку).

Але представлені форми не обмежуються двома видами. Більшість сучасних вчених виокремлюють комбінований варіант, як третю форму, при якій відмічається симптоматика першої і другої форм (сама розповсюджена 50-70% випадків)[18, 84].

Симптоми СДУГ видозмінюються з віком і можуть зберігатися досить тривалий час. У ряді випадків СДУГ діагностується у дорослих. Згідно з критеріями класифікації DSM-IV для постановки діагнозу СДУГ необхідна наявність шести і більше симптомів, що характеризують неухважність, а також шести і більше симптомів, які свідчать про гіперактивність і імпульсивність[62, 65].

• **Симптоми неухважності:**

- нездатність утримувати увагу на деталях; дитина допускає помилки у шкільних завданнях, у виконуваний роботі та інших видах діяльності через недбалості;
- увага при виконанні завдань, під час ігор зазвичай зберігається насилу;
- дитина часто не слухає звернене до нього мовлення;

- часто виявляється не в змозі впоратися до кінця з виконанням уроків, причому це не пов'язано з негативним або протестною поведінкою, неясністю завдання;
- часто відчуває складності в організації самостійної діяльності;
- відмовляється від виконання завдань, які вимагають тривалої розумової напруги (шкільних завдань, домашньої роботи);
- часто втрачає речі;
- легко відволікається на сторонні подразники;
- часто проявляє забудькуватість в побутових повсякденних ситуаціях.

Симптоми гіперактивності:

- часті неспокійні рухи в кистях і стопах, кружляння, верчення, сидячи на стільці;
- неможливість всидіти на місці, наприклад, під час уроку, прийому їжі тощо;
- безцільна рухова активність (бігає, крутиться, лазить) в тих ситуаціях, коли необхідно вести себе спокійно;
- нездатність тихо і спокійно гратись;
- перебування в постійному русі;
- часто, багато і без зупинки говорить.

• Симптоми імпульсивності:

- часто відповідає на питання, не замислюючись, не вислухавши їх до кінця;
- зазвичай насилу чекає своєї черги в різних ситуаціях;
- часто заважає оточуючим, втручаючись в бесіди, ігри [21, С.6-8].

Вчені виділяють ще й супутні розлади при СДУГ:

1. Розлади в поведінці, які в свою чергу поділяються на опозиційні та асоціальні. При даному виді розладів дитині властиві реакції опозиції, агресивна поведінка.
2. Розлади мови, розлади шкільних навичок, ЗПР, розлади сну, занижена самооцінка, енурези (нічні) [32, С. 183-187.].

Айкарді Ж., узагальнюючи досвід вивчення захворювань нервової системи у дітей, виділяє 5 груп супутніх розладів при СДВГ:

- а) найбільш поширеними є порушення розвитку координації та розлади навчання;
- б) розлад поведінки, опозиційно-зухвалий розлад;
- в) розлади аутистичного спектру;
- г) тики;
- д) депресивні та біполярні розлади [18].

Слід зазначити, що діагноз СДУГ вважається обґрунтованим лише в тих випадках, коли спостережувані у дитини симптоми характеризуються значним ступенем вираженості та стійкості і спостерігаються впродовж півроку.

Проте, етіологія СДУГ й досі невідома, але є докази складної взаємодії між безліччю генів і факторами навколишнього середовища. Емпіричні дослідження показали структурні і функціональні порушення в мозку людей з СДУГ. Крім того, мозок дітей з СДУГ характеризується затримкою дозрівання кори в плані досягнення максимальної товщини кори[7,С. 13-31.].

Згідно з науковими дослідженнями у дітей з СДУГ найбільш порушеними функціями виявилися просторова робоча пам'ять, імпульсивне гальмування і пильність. Такі функції як гальмівний контроль, виборча і стійка увага, перемикання уваги і швидкість обробки інформації, також значно погіршуються. Ці особливості пов'язані з виконавчою системою управління, часто проявляються в ранньому дитинстві і зберігаються з плином часу.

Деякі науковці (Ф'юелл Р. Р., Халецька О. В., Шевченко Ю. С. та ін.), досліджуючи емоційну сферу дітей з СДУГ, відмічають також підвищення тривожності, схильності до депресивних реакцій, часто до агресії.

Таким чином можна зауважити, що на сьогоднішній день СДУГ має достатньо визначений симптомний комплекс і належить до пограничного медичного та психологічного розладу.

Виділяють наступні теорії етіології СДУГ: нейробіологічна, генетична, токсико-метаболічна, нейропсихологічна, нейроанатомічна (Табл. 1) [1].

Таблиця 1.1. Теорії етіології

Теорії етіології СДУГ

Нейробиологічна	Генетична	Токсико-метаболічна
Порушення співвідношення нейромедіаторів в організмі	Порушення на генному рівні	Порушення діяльності всього організму
Порушення продукції нейромедіаторів: організм не виробляє достатню кількість нейромедіаторів, через це не відбувається синаптична взаємодія між нервовими клітинами	Відбувається мутація генів, внаслідок чого виникає порушення транспорту нейромедіаторів, функції рецепторів, сприйнятливих до даних молекул	Під впливом зовнішніх (токсини, важкі метали та ін.) умов відбувається порушення гомеостазу організму, що призводить до порушення діяльності всіх систем, в тому числі і нервової системи
Нейропсихологічна		Нейроанатомічна
Порушення в гіпокампі		Порушення функціонування лобових часток

Аналізуючи вищезазначене, ми можемо зробити висновок, що причиною розвитку синдрому може стати ураження генів, порушення обмінних процесів в організмі, порушення діяльності нервових клітин. А також слід зазначити нейроприроду патогенезу СДУГ тощо.

Доречі, на розвиток синдрому можуть впливати екзогенні та ендогенні фактори як комплексно, так і відокремлено один від одного.

Так, Баріляк І.А., Баріляк М. Л., Карасєва О.А. [2, С. 88-94.] виокремили наступні фактори :

Перинатальний фактор. Його вплив дуже значимо для формування нервової системи дитини. Нервова система у своєму розвитку проходить

кілька етапів, і кожен етап має важливе значення для функціональної зрілості нервової системи. Будь-яке несприятливий зовнішній вплив викликає ризик виникнення порушення. Так, наприклад, ускладнення в пологах можуть призвести до таких наслідкам, як гіпоксія плоду, в результаті чого страждає кора головного мозку. При гіпоксії порушуються багато функцій головного мозку: нейрони стають не здатні виконувати свої функції повноцінно, і, відповідно, щоб компенсувати загиблі клітини, сусідні беруть на себе ці функції. Але на це потрібен час і відповідні зовнішні впливи. У перші два місяці відбувається процес мієлінізації нервових волокон, який згодом повинен захистити відростки нейронів і сприяти високій передачі нервових імпульсів. У цей період перенесені захворювання, різні порушення і збої в роботі організму порушують процес мієлінізації і нейрони не отримують захисну оболонку, що може призвести до різного роду порушень ЦНС.

Аліментарний фактор. Проведені дослідження у вивченні СДУГ вказують на те, що на симптоматичні порушення можуть впливати особливості харчування. Зокрема, встановлено, що незбалансоване харчування, часте вживання їжі з консервантами, недостатнє вживання продуктів, що містять білкові компоненти, призводять до ендокринологічних порушень. Дефіцитний стан перш за все обумовлюється недоліком мікроелементів у зовнішньому середовищі і порушеним харчуванням. Внаслідок цього відбувається порушення метаболізму поживних речовин, страждає організм, в тому числі і нервова система.

Екологічний фактор. Погіршення екологічної обстановки веде до різних уражень в організмі. Найбільш чутливими до екологічних змін є діти. Вплив на їх організм відбувається ще в утробі матері. Навколишнє середовище “насичується” різними продуктами переробками (СО, СО₂ і

т.д.), важкими металами та їх солями. Наприклад, при наявності авітамінозу і дефіциту мікроелементів (магній, залізо і т.д.) вплив металів в організмі посилюється. При дефіциті магнію в організмі може накопичуватися свинець в надлишку, який є сильним нейротоксином, при цьому чинить серйозний вплив на когнітивні процеси, впливає на навчання і поведінку. Сам по собі фактор не може викликати СДУГ, але ускладнює перебіг даного розладу.

Соціальний/соціально-психологічний фактор. Соціальні відносини, спілкування в колі однолітків, взаємодії з дорослими, внутрішньосімейні відносини “батьки - дитина” впливають на психоемоційний стан дитини. Характер відносин частіше всього є конфліктним, тим самим провокуючи розвиток поведінкових порушень, таких як агресія, імпульсивність, драгівливість, схильність до асоціальних дій. Сім'я, неблагополучною, конфліктні відносини між батьками, наявність осіб з девіантною та делінквентною поведінкою виступають факторами ризику розвитку розладу.

Для ефективного виявлення СДУГ велике значення має надійна система діагностичних методик. Психологи та медичні фахівці використовують різноманітні інструменти, такі як психологічні тести, спостереження та інтерв'ю, для оцінки симптомів СДУГ. Дослідження спрямовані на пошук найбільш точних та надійних методів діагностики, які допоможуть вчасно виявити цей розлад та встановити правильний діагноз.

Однак, не менш важливим є розробка ефективних підходів до лікування та СДУГ. Дослідження в цій галузі включають в себе експерименти з медикаментозною терапією, психологічними інтервенціями, такими як психоосвіта та психотерапія, а також комбіновані підходи. Оновлення

наукових даних та постійне вдосконалення методів лікування СДУГ є необхідними для покращення якості життя людей з цим порушенням.

Дослідження СДУГ також включають вивчення впливу цього стану на різні аспекти життя людини, включаючи навчання, роботу, міжособистісні відносини та загальний розвиток. Широкий спектр досліджень дозволяє збагатити наше розуміння впливу СДУГ на індивіда та суспільство в цілому.

Для вивчення етіології та факторів ризику синдрому дефіциту уваги та гіперактивності (СДУГ) використовують різні методи дослідження, а саме:

оцінити поширеність СДУГ в популяції та визначити фактори ризику. Шляхом збору даних про частоту виникнення розладу серед різних груп.

Генетичні дослідження: Дослідники проводять генетичні дослідження для визначення ролі генетичних факторів у розвитку СДУГ. Це включає аналіз генетичних маркерів, вивчення спадковості розладу та генетичні асоціаційні дослідження для ідентифікації конкретних генетичних варіантів, які можуть бути пов'язані з ризиком розвитку СДУГ.

Нейробиологічні дослідження: Дослідження мозкової діяльності та нейробиологічних механізмів є важливими для розуміння етіології СДУГ. Методи, такі як функціональна магнітно-резонансна томографія (МРТ) і електроенцефалографія (ЕЕГ), можуть використовуватися для вивчення активності різних ділянок мозку та виявлення відмінностей у мозковій функції у людей з СДУГ порівняно з нормально розвиваючимися особами.

Епідеміологічні дослідження: завдяки аналізу демографічних, соціальних та інших факторів, дослідники можуть ідентифікувати можливі зв'язки між певними чинниками та ризиком розвитку СДУГ.

Психологічні дослідження: Психологи проводять дослідження, спрямовані на вивчення психологічних чинників, які можуть впливати на ризик розвитку СДУГ. Це можуть бути психологічні тести, оцінка психологічних параметрів та вимірювання психічного стану дітей і дорослих з СДУГ.

Ці методи дослідження допомагають встановити зв'язки між різними факторами та розвитком СДУГ. Вони дозволяють вченим отримати більш об'єктивне розуміння етіології цього розладу та визначити фактори ризику, які можуть бути використані для розробки стратегій попередження та втручання.

Таким чином, синдром дефіциту уваги і гіперактивності (СДУГ) є однією з найбільш поширених і складних проблем сьогодення, розуміння якої потребує дослідження в контексті не тільки психологічної науки.

По-перше, сама природа СДУГ є складною і мінливою. Симптоми СДУГ включають недостатність уваги, гіперактивність та імпульсивність, але вони можуть виявлятися у різних комбінаціях і різній мірі в різних людей. Це ускладнює процес діагностики та класифікації СДУГ, а також вимагає розуміння індивідуальних варіацій і різноманітності проявів цього порушення.

По-друге, причини розвитку СДУГ ще не повністю зрозумілі. Вважається, що генетичні та навколишні фактори взаємодіють у формуванні ризикового фону для СДУГ. Однак, конкретні гени та механізми, які впливають на розвиток СДУГ, потребують подальшого дослідження. Також необхідно враховувати взаємодію між генетичними факторами і середовищем, таким як виховання, навчання та соціальні умови, для розуміння повного спектру факторів, що сприяють розвитку СДУГ.

По-третє, СДУГ може впливати на різні аспекти життя людини, включаючи навчання, роботу, соціальну взаємодію та психічне благополуччя. Дослідження СДУГ повинні враховувати цей широкий спектр впливу порушення, а також розробляти ефективні стратегії діагностики, лікування та підтримки для поліпшення якості життя людей з СДУГ. Наприклад, дослідження можуть вивчати ефективність фармакологічних препаратів, психологічних терапій, освітніх підходів та інших інтервенцій для керування симптомами СДУГ та поліпшення функціонування осіб з цим порушенням.

Узагальнюючи вищезазначене, можемо дістатися висновку, що дослідження СДУГ як проблеми психологічної теорії та практики є важливим завданням для розвитку наукового розуміння цього порушення та розробки ефективних підходів до діагностики та лікування. Ці дослідження охоплюють різні аспекти СДУГ, включаючи його причини, діагностику, лікування та наслідки. За допомогою наукових підходів і ретельної роботи дослідників, ми можемо просунути вперед у боротьбі з СДУГ і покращити якість життя людей, які стикаються з цим розладом.

РОЗДІЛ 2. ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ДІТЕЙ З СДУГ

2.1. Загальні принципи, стратегії, методи психологічного супроводу

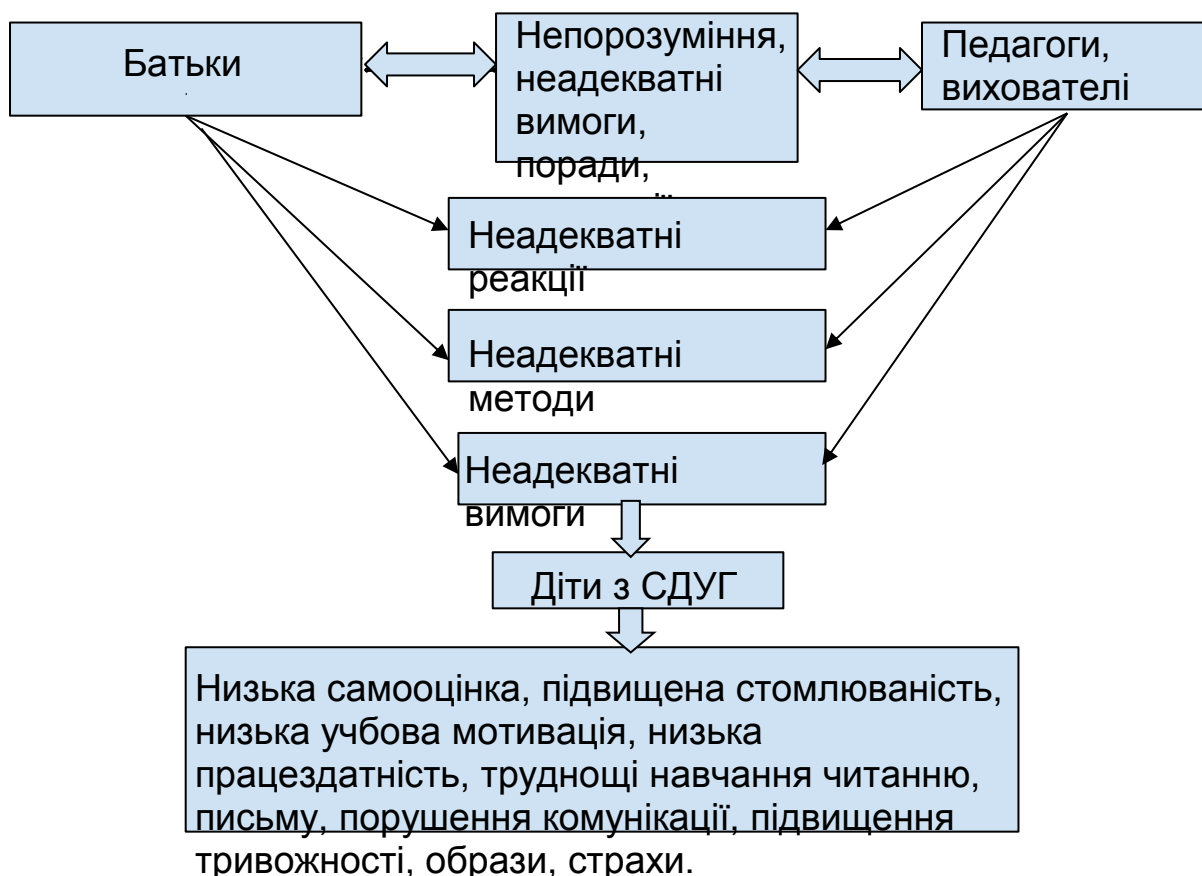
Загальноновизнано і науковцями, і практиками синдром дефіциту уваги та гіперактивності чинить негативний вплив на поведінку дитини, відносини в її сім'ї, спілкування з однолітками і значущими дорослими, а також на когнітивний і емоційний розвиток підростаючої людини. Тому ігнорування проявів СДУГ може мати досить серйозні психолого-педагогічні і медико-соціальні наслідки. (див. Малюнок 1. Ситуація розвитку дітей з СДУГ). У зв'язку з цим проблема дітей з СДУГ є надзвичайно соціальною значущою, і особливу актуальність для таких дітей має надання відповідної психолого-педагогічної допомоги.

Саморефлексія набутого досвіду засвідчує про те, що найбільш ефективною для роботи з дітьми з СДУГ постає організація процесу постійного психолого-педагогічного супроводу дитини з моменту її

надходження в дитячий садок або школу аж до його випуску. Комплексне психологічне супровід дітей здійснюється в розвинених країнах (Німеччині, Канаді, Норвегії, США, Японії та ін.) вже з 50-х рр.. ХХ ст.[53].

У психологічній літературі існує чимало понять, що позначають соціально-психологічну допомогу. З усіх з них найбільш широке поширення отримав термін “супровід”, оскільки сенс саме цього слова найбільш точно відображає сутність соціально-психологічної допомоги [27, С. 143-148.].

Малюнок 2.1. Ситуація розвитку дітей з СДГУ



Відомо, що деякі практики (Токар О. В., Зимарева Т. Т. і Липай Н. Е.) у своїй роботі з дітьми з СДГУ спираються на розуміння супроводу, як індивідуальної стратегії допомоги дитині, що спрямована на всебічний

розвиток задатків і здібностей дитини з СДУГ. Так психологічний супровід включає в себе наступні етапи, а саме:

1. Первинна діагностика соматичного, психічного, соціального здоров'я дитини шляхом тестування, анкетування батьків і педагогів, спостереження, бесіди, аналізу продуктів діяльності дитини та ін.
2. Аналіз отриманої інформації, що дозволяє визначити (з наступним обґрунтуванням видів комплексної допомоги дітям, батькам, педагогам) різні групи дітей залежно від ступеня вираженості проблем у розвитку; зокрема, по-перше, діти, які не мають проблем у розвитку в даний момент; по-друге, діти, які мають передумови до виникнення тих або інших проблем у розвитку; по-третє, діти, які мають проблеми в розвитку даний момент; по-четверге, діти, які мають відхилення у розвитку.
3. Складання плану комплексної допомоги для кожної дитини, яка має проблеми або передумови до її виникнення.
4. Консультування всіх учасників супроводу (педагогів, батьків, спеціалістів) про шляхи і способи вирішення проблем дитини. При цьому необхідні їх зацікавленість і висока мотивація.
5. Вирішення проблем, що полягає у виконанні рекомендацій кожним учасником супроводу.
6. Аналіз виконаних рекомендацій усіма учасниками.
7. Подальший моніторинг розвитку дитини.

Інші дослідники (зокрема, Заваденко Н.Н.) наголошують на тому, що надання допомоги дітям з СДУГ повинно носити комплексний характер і включати в себе не тільки роботу з дитиною, але і роботу з батьками і

педагогами, а також спеціальні методи модифікації поведінки, психолого-педагогічну корекцію та медикаментозне лікування [17, С. 13-20.].

Так, для роботи з дітьми, які страждають СДУГ, широко поширені такі прийоми, як навчання самомасажу, прийомам саморегуляції; пальчикові ігри; ігри, спрямовані на розвиток швидкості реакції і координації рухів; ігри, що сприяють розвитку уваги і пам'яті, ігри за правилами, спрямовані на розвиток довільності; рухливі ігри з використанням стримуючих моментів; ігри для розвитку тактильного взаємодії; психогімнастика, спрямована на розвиток емоційно-вольової сфери; арт терапевтична робота з глиною, водою, піском. Рекомендується привчати дітей з СДУГ до чіткому режиму дня [50, С. 150-153.].

Психологічний супровід дітей з синдромом дефіциту уваги та гіперактивності (СДУГ) базується на загальних принципах, спрямованих на підтримку їхнього психологічного благополуччя та розвитку. Розкриємо більш докладно Основні принципи психологічного супроводу дітей з СДУГ [8,59, 52].

1. Індивідуалізація: Психологічний супровід має бути налаштованим на індивідуальні потреби та особливості кожної дитини з СДУГ. Психолог повинен враховувати їхні унікальні риси, сильні та слабкі сторони, щоб надати підтримку та стратегії, які відповідають їхнім потребам.

2. Доступність: Психологічний супровід має бути доступним для всіх дітей з СДУГ, незалежно від їхнього соціального статусу, етнічної належності або фінансових можливостей. Це означає, що психологічна підтримка повинна бути доступною у школі, клініці або інших контекстах, де дитина знаходиться.

3. Комплексний підхід: Психологічний супровід має враховувати різні аспекти життя дитини з СДУГ, включаючи навчання, соціальну взаємодію, емоційний стан та сімейне оточення. Це означає співпрацю зі школою, батьками та іншими фахівцями для створення комплексної підтримки.

4. Врахування потреб батьків: Психологічний супровід має враховувати потреби та питання батьків дітей з СДУГ. Це включає надання інформації про СДУГ, роз'яснення стратегій, розвиток навичок управління поведінкою та надання підтримки батькам у вихованні дитини.

5. Позитивна підтримка: Психологічний супровід має бути спрямований на позитивне підкріплення та підтримку дитини. Це може включати похвалу за досягнення, підтримку у розвитку позитивних навичок, стимулювання самооцінки та розвиток мотивації.

6. Використання ефективних стратегій: Психологічний супровід має ґрунтуватися на доказово обґрунтованих стратегіях, які демонструють ефективність у підтримці дітей з СДУГ. Це можуть бути когнітивно-поведінкові стратегії, тренування навичок саморегуляції, соціальні навички та інші методи.

7. Створення сприятливого середовища: Загальні принципи психологічного супроводу дітей з СДУГ спрямовані на створення сприятливого середовища, де дитина може розвиватися, навчатися та досягати успіхів, забезпечуючи їй необхідну підтримку та ресурси для подолання викликів, пов'язаних з СДУГ.

8. Використання різноманітних методів та стратегій: Психологічний супровід дітей з синдромом дефіциту уваги та гіперактивності (СДУГ) включає в собі використання різноманітних методів та стратегій, спрямованих на поліпшення їхнього функціонування та розвитку. Деякі з

психологічних методів та стратегій, що використовуються в супроводі дітей з СДУГ, включають:

- когнітивно-поведінкова терапія (КПТ): Цей підхід базується на взаємозв'язку між думками, почуттями та поведінкою. КПТ допомагає дітям з СДУГ зрозуміти та змінити негативні чи деструктивні думки, розвиваючи позитивні навички саморегуляції та адаптивну поведінку;

- соціально-емоційна підтримка: Цей підхід спрямований на створення сприятливого соціального та емоційного середовища для дитини. Він включає розвиток соціальних навичок, збільшення самооцінки та підтримку у вирішенні проблем міжособистісних відносин;

- розвиток навичок організації та планування: Діти з СДУГ часто мають проблеми з організацією своєї робочої діяльності та плануванням завдань. Психологічний супровід включає в собі розвиток стратегій організації, встановлення мети та планування кроків для досягнення успіху;

- тренінги зі зниження стресу та тривоги: Діти з СДУГ можуть відчувати підвищений рівень стресу та тривоги. Такі тренінги навчають дітей стратегіям релаксації, дихання та копінг-стратегій для ефективного управління стресовими ситуаціями.

Таким чином, виходячи з вищезазначеного, можна зауважити, що психологічний супровід дітей з СДУГ передбачає роботу за наступними напрямками:

1. Оптимізація режиму та домашнього простору;
2. Корекція небажаної поведінки;
3. Нейропсихологічна корекція;
4. Сенсорна інтеграція;
5. Навчання регуляції емоцій (формування емоційного інтелекту);

6. Корекція сімейної взаємодії

Натомість, можна виокремити деякі правила організації психологічного супроводу дітей, що будуть сприяти корекції небажаної поведінки у дітей зі СДУГ [24,37], а саме:

1. Послідовність у вихованні та навчанні (покарання не працюють);
2. Оцінюємо не дитину, а її вчинки;
3. Не можна принижувати дитину, вказувати на її неуспішність;
4. Формувати атмосферу співпраці, але дотримуватись особистих кордонів;
5. Враховувати свехчуттєвість до винагород і вбудовувати це у мотиваційну систему;
6. Не робити за дитину, а навчати самостійності, поступово ускладнюючи завдання;
7. Давати дитині час на переключення, на завершення той діяльності, якою вона зайнята;
8. Якісний зворотній зв'язок: розбираємо кожну ситуацію, чому не вийшло, надаємо альтернативу вирішення ситуації, алгоритм, як правильно вчинити наступного разу.

Слід зауважити, що реалізація корекційно-розвивальної роботи в межах програми психологічного супроводу дітей з СДУГ відбувається в індивідуальній чи груповій формах. Можливе поєднання цих форм корекційної допомоги, перехід від індивідуальної до групової роботи залежно від динаміки розвитку. Вибір форми роботи залежить від особливостей психічного і фізичного розвитку, віку й наявності афективних проблем. [31, 36,37].

Таким чином, ми можемо дійти висновку, що програма корекційно-розвивальних занять повинна бути спрямована на вирішення таких завдань психологічної допомоги:

1. Формування у дитини мотивації на спілкування і зближення.
2. Розвиток навичок саморегуляції.
3. Набуття навичок гнучкої взаємодії.
4. Подолання імпульсивності.
5. Аналіз результатів корекційно-розвивальної роботи з гіперактивними дітьми.

Отже, виходячи з вищезазначеного можна зробити висновки, а саме:

- психологічний супровід повинен мати комплексний підхід, враховувати різні аспекти життя дитини з СДУГ;
- повинен базуватися на комбінації методів та стратегій;
- необхідно враховувати індивідуальні потреби та особливості кожної дитини;
- повинен бути спрямований на позитивне підкріплення та підтримку дитини.

2.2. Своєрідність психологічного супроводу дітей зі СДУГ в інклюзивному просторі закладів загальної середньої освіти

Інклюзивна практика - це підхід до роботи і взаємодії, який спрямований на забезпечення рівних можливостей, доступу та участі для всіх людей, незалежно від їхньої раси, етнічної належності, статі, віку, інвалідності, соціального статусу чи інших особистих характеристик. Інклюзія передбачає визнання та повагу до різноманітності, а також

активне прагнення створити таке соціальне і оточуюче середовище, де всі люди можуть бути повністю прийнятими, визнаними та заохоченими [.60]

Наукові основи інклюзивної практики базуються на принципах соціальної справедливості, рівності та прав людини. Цей підхід враховує різноманітність індивідів і визнає, що кожна людина має унікальні потреби, здібності, досвід та перспективи. З метою створення інклюзивного середовища необхідно забезпечити доступність до освіти, робочих місць, служб охорони здоров'я, культурних закладів та інших сфер суспільного життя для всіх людей [56].

Інклюзивна практика включає в себе зміну культури та ставлення суспільства до різних груп людей. Це означає боротьбу зі стереотипами, дискримінацією та нерівностями. Наприклад, це може включати надання додаткової підтримки та адаптацій для людей з інвалідністю, забезпечення гендерної рівності на робочих місцях або в школах, а також включення мігрантів та представників різних культур у суспільні процеси.

Реалізація інклюзивної практики вимагає спільних зусиль усіх сфер суспільства, включаючи урядові органи, неприбуткові організації, освітні заклади, роботодавці та інших учасників. Важливо створювати законодавчу базу, яка гарантує права людей на доступність та рівні умови, а також забезпечувати належну інфраструктуру, підтримку та навчання для реалізації інклюзивних принципів [22].

Усвідомлення та впровадження інклюзивної практики є важливим завданням у сучасному суспільстві, оскільки це сприяє створенню більш справедливого, рівноправного та гармонійного соціального середовища для всіх його учасників. Інклюзивна практика сприяє розвитку толерантності, взаєморозуміння та підтримки між людьми, а також стимулює інновації та творчість в суспільстві.

Так, проблеми організації навчання і виховання, психологічного супроводу та соціально-педагогічного патронату дітей з особливими освітніми потребами розглядаються з позиції психологічних, педагогічних, організаційно-методичних вимог щодо організації роботи з такими дітьми. У своїх роботах вчені дійшли висновку, що робота з дітьми з особливими освітніми потребами має бути спрямована на організацію цілеспрямованої підтримки через надання психологічної, соціальної допомоги всіх учасників навчально-виховного процесу [12, С. 14-18.; 42; 44, С. 4-8.; 45, С. 104-109.].

Особлива роль у цьому процесі належить працівникам шкільної психологічної служби та їх співпраці з вчителями, батьками, працівниками психолого-медико-педагогічної консультації (нині –інклюзивно-ресурсного центру), громадськістю [Консультативно-діагностичний супровід дітей з особливими освітніми потребами в діяльності психолого-медико-педагогічних консультацій[14, 41].

Психологічна служба забезпечує вчасне і систематичне вивчення психофізичного розвитку дитини, мотивів її поведінки і діяльності з урахуванням вікових, інтелектуальних, фізичних, статевих та інших індивідуальних особливостей, створення психологічних умов для саморозвитку та самовиховання, сприяє виконанню освітніх і виховних завдань навчальними закладами.

Слід зауважити, що метою психолого-педагогічного супроводу дітей з особливими освітніми потребами в навчально-виховних закладах міста є вивчення особистісного потенціалу, а саме: співвідношення рівня розвитку дитини і вікової норми, розвитку когнітивної сфери, сформованості мотивації до навчання; особливості емоційно-вольової сфери; індивідуально-характерологічні особливості, їх творчий та

інтелектуальний розвиток через залучення всіх учасників навчально-виховного процесу (батьків, педагогів, дітей) до реалізації запланованих дій щодо особливостей розвитку, спілкування, навчання; соціалізація та адаптація; професійна орієнтація дітей з особливими потребами [26, С. 4-15.].

Натомість, метою інклюзивної практики є втілення в закладах освіти системної діяльності практичного психолога, соціального педагога та інших вчителів, спрямованої на створення комплексної системи психолого-педагогічних умов, що сприяють засвоєнню знань, умінь і навичок, успішній адаптації, реабілітації, особистісному становленню дітей з порушеннями психофізичного розвитку, позитивному формуванню їх стосунків з однолітками, інтеграції в соціумі.

Через вивчення психічного розвитку дитини практичні психологи навчально-виховних закладів виявляють фактори, які зумовлюють труднощі пізнавальної діяльності, спілкування та соціальної адаптації, а також резерви дитини та планують свою діяльність.

Отже, практичні психологи забезпечують супровід навчання та розвитку дітей з особливими освітніми потребами у загальноосвітньому навчальному закладі за таким алгоритмом:

1. Перевірка готовності дитини до навчання в школі у дітей, які проходять підготовку до навчання (березень), виявлення навчальних труднощів у дітей, визначення причин цих труднощів у бесіді з батьками; за потреби – скерування до відповідних додаткових фахівців з метою встановлення причин та надання допомоги.

2. Проведення спостереження за поведінкою дитини на уроках та в позаурочний час, за особливостями її поведінки та взаємодії з однолітками, педагогами.
3. Проведення індивідуальних спостережень, досліджень за дитиною з метою вивчення її індивідуальних особливостей, схильностей, інтересів та потреб, аналіз періоду адаптації.
4. Участь у складанні індивідуальної програми супроводу дитини, розробка індивідуального плану корекційно-розвиткової роботи з урахуванням виявлених особливостей дитини.
5. Участь у підготовці документів для розгляду на засіданні психолого-медико-педагогічної консультації.
6. Ознайомлення з висновками і рекомендаціями психолого-медико-педагогічної консультації щодо організації навчання дитини та надання їй додаткових послуг.
7. Участь у розробці необхідних для адаптації матеріалів з переліком форм і прийомів, а саме: надання рекомендацій педагогам щодо врахування особливостей навчально-пізнавальної діяльності дитини при визначенні методів роботи з нею.
8. Сприяння у створенні позитивного мікроклімату в шкільному колективі та взаємодії з дітьми, проведення заходів, спрямованих на профілактику стигматизації і дискримінації у оточенні ровесників, формування дружнього та неупередженого ставлення до дитини з особливими освітніми потребами.
9. Надання консультативної допомоги педагогам у роботі з дитиною.

10. Налагодження співпраці з фахівцями, які безпосередньо працюють з дитиною з особливими освітніми потребами та беруть участь у розробці індивідуальної програми розвитку [25, 33].

Справжня інклюзія має на меті не лише максимально зняти бар'єри у доступі дитини з особливими освітніми потребами до розвитку її природного потенціалу, але й набуття знань, соціального досвіду, тобто до отримання якісної освіти, що означає «відповідність результатів навчання вимогам, встановленим законодавством, відповідним стандартом освіти та/або договором про надання освітніх послуг» [31, п. 29, Стаття 1, Розділ І]. Нині в Україні розроблений достатній комплекс нормативно-правового забезпечення, який визначає основні засади здійснення освітньої діяльності в умовах інклюзивного навчання, місце та ролі педагогічних працівників. У зв'язку з цим серйозні сподівання покладаються на практичних психологів закладів освіти, на їх здатність налагодити психологічний супровід навчання таких дітей. Це закріплено в нормативно-правових актах, що визначають основні функції [26, 38,39]. У впровадженні інклюзивного навчання, визначено завдання психолого-педагогічного супроводу дітей з особливими освітніми потребами практичними психологами і соціальними педагогами[40].

Слід зауважити, що одним із аспектів діяльності практичного психолога у складі команди супроводу є також психологічна підтримка педагогів. [26, С. 4-15.].

Щоб забезпечити успішність навчання дитини з особливими освітніми потребами в інклюзивному навчанні необхідно насамперед подбати про його індивідуалізацію і врахування різноманіття особливостей розвитку дітей з різними видами порушень [13, 34, 49]. Слід допомогти педагогічному колективу пристосувати освітнє середовище до потреб

дитини шляхом надання їй додаткових послуг, налагодити системність спостереження за динамікою її розвитку, провести вивчення особливостей пізнавальної діяльності, з'ясувати індивідуальні сильні і слабкі сторони та спланувати способи їх врахування в навчальному процесі та у взаємодії з оточуючими [12, 13, 34].

Варто зазначити, що надзвичайно важливими учасниками інклюзивного навчання дитини є її батьки [19, 43, 49]. У розвинених країнах, які мають чималий досвід з цього питання, однією з умов включення дитини в інклюзивне навчання є здатність батьків свідомо сприймати стан дитини, уміти співпрацювати з педагогами, виступаючи їхніми активними помічниками. Для цього батьки повинні бути добре обізнаними з перевагами і недоліками різних форм навчання для того, щоб зробити свідомий вибір і компетентно брати участь у навчанні і розвитку дитини.

Так, практичний психолог визначає, які методики включити під час діагностичного вивчення та як адаптувати стимульні матеріали – методики для вивчення стану інтелектуального розвитку незалежно від впливу факторів навколишнього середовища: культури, освіти та ін.

Доведено, що один з ключових принципів інклюзивної практики - індивідуалізація. Учитель повинен враховувати потреби, особливості та рівень розвитку кожної дитини з СДУГ та працювати над створенням індивідуального плану підтримки, що відповідає їхнім потребам. Наприклад, дитині з СДУГ може бути важко зосередитися на тривалих завданнях, тому вчителі можуть розбити їх на менші частини та надавати частіші паузи для відпочинку. Також можуть використовуватися візуальні підказки, організація робочого місця для забезпечення мінімального відволікання та інші адаптації для полегшення навчання.

Зауважимо, що ще одним важливим аспектом інклюзивної практики є розробка позитивної та підтримуючої атмосфери в класі. Навчальне середовище повинно бути безпечним та сприятливим для всіх учнів, включаючи тих, хто має СДУГ. Вчителі можуть використовувати стратегії позитивного посилення, нагород та похвали, щоб заохочувати бажану поведінку та зменшувати небажану. Також важливо вчити всіх учнів, включаючи однокласників дитини з СДУГ, бути толерантними, розуміти та приймати індивідуальні особливості кожної людини.

Натомість, організація робочого процесу є ще одним аспектом успішної інклюзивної практики для дітей з СДУГ. Вчителі можуть використовувати візуальні допоміжні засоби, такі як розклади, плани, графіки, для структурування уроків та дня. Це допомагає дітям з СДУГ усвідомити очікувані ритуали та процедури, зменшує відволікання та сприяє кращому розумінню матеріалу.

Виходячи з вищезазначеного, ми можемо виокремити наступні форми роботи інклюзивної практики супроводу дітей зі синдромом дефіциту уваги і гіперактивності (СДУГ) в закладах загальної середньої освіти:

- Індивідуалізовані навчальні плани: Вчителі можуть розробляти індивідуалізовані навчальні плани для дітей з СДУГ, враховуючи їхні особливості та потреби. Наприклад, це може включати розбиття завдань на менші частини, використання візуальних допоміжних засобів, таких як схеми або графіки, для структурування матеріалу, або надання додаткових пауз та перерв під час уроку.

- Колаборативна робота: Вчителі можуть співпрацювати з батьками та спеціалістами (наприклад, психологами, логопедами), щоб планувати та забезпечувати підтримку дитині з СДУГ. Спільна робота дозволяє обмінюватися інформацією, ресурсами та стратегіями, що сприяє

успішному супроводу дитини в школі. Батьки можуть поділитися своїми спостереженнями та рекомендаціями, а спеціалісти можуть надати додаткову підтримку та консультації.

- Використання позитивного посилення: Вчителі можуть використовувати позитивне посилення, таке як слова похвали, нагороди або системи мотивації, для підтримки бажаної поведінки дитини з СДУГ. Наприклад, вони можуть підкріплювати та висувати на передній план досягнення дитини, надавати їй похвалу за старання та успіхи, що стимулює її до активної участі в навчальному процесі.

- Використання адаптивних стратегій: Вчителі можуть використовувати адаптивні стратегії, щоб забезпечити дитині з СДУГ оптимальні умови для навчання. Наприклад, вони можуть створити тихе та організоване навчальне середовище, забезпечити доступ до спеціальних матеріалів або використовувати технології підтримки, такі як програмні додатки або інтерактивні дошки.

- Соціальна інтеграція: Вчителі можуть створювати можливості для соціальної інтеграції дитини з СДУГ. Наприклад, вони можуть організовувати групові проєкти, де діти можуть співпрацювати та взаємодіяти, сприяючи розвитку соціальних навичок та взаєморозуміння.

Слід зауважити, що для успішного впровадження інклюзивної практики необхідна також підтримка і співпраця батьків. Вчителі можуть спілкуватися з батьками дітей з СДУГ, залучати їх до процесу прийняття рішень та планування навчання, обговорювати успіхи та виклики, які виникають під час навчання дитини. Така взаємодія допомагає створити єдину команду для підтримки розвитку дитини.

Натомість, розробляючи програму психологічного супроводу, зазначимо необхідність психологічної підтримки батьків, які можуть відчувати вигорання, розгубленість та нездатність впоратися зі складнощами виховання дитини зі СДГУ. (Див. “Пам'ятка батькам дитини з СДУГ”)

Таким чином, ми можемо дістатись висновку, що інклюзивна практика супроводу дітей з синдромом дефіциту уваги і гіперактивності (СДУГ) в закладах загальної середньої освіти є важливою складовою створення рівних можливостей для всіх учнів. Цей підхід сприяє повному включенню дітей з СДУГ у навчальний процес та соціальне життя школи, сприяє розвитку їх потенціалу та забезпечує їм можливість досягти успіху.

Важливо пам'ятати, що кожна дитина з СДУГ унікальна, і підходи до їх супроводу можуть відрізнятися. Інклюзивна практика передбачає як індивідуальний підхід так і групові форми роботи, постійну взаємодію між учителями, батьками та спеціалістами, з метою створення найбільш сприятливих умов для навчання та розвитку дітей з СДУГ.

РОЗДІЛ 3. ДОСЛІДНО-ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА РОБОТА З ВИВЧЕННЯ СДУГ В УЧНІВ ПОЧАТКОВОЇ ОСВІТИ

3.1. Завдання, методика та організація психологічного експерименту

Основним завданням нашої дослідно-експериментальної роботи стало вивчення особливостей синдрому дефіциту уваги і гіперактивності (СДУГ) у дітей та розробка ефективних методик та стратегій їх супроводу. Для нашого експерименту ми вирішили взяти учнів початкової ланки. Це пов'язано з тим, що відповідно до вивчених нами наукових досліджень, а також враховуючи власні спостереження, саме період 6-7 років - це вік,

коли батьки починають звертати увагу на складнощі у поведінці та навчанні дітей. Для цього було розроблено програму експерименту, яка передбачає певну послідовність і поетапність впровадження, а також використання діагностичних методик, корекційних занять тощо.

Етапи програми дослідницького експерименту передбачають:

1. Вибір дослідницького зразка:

Було обрано групу учнів початкової ланки, які проявляють ознаки СДУГ. Кількість учнів у групі повинна бути достатньою для проведення репрезентативного дослідження. Тому ми вибрали 10 учнів з різним ступенем вираженості СДУГ.

2. Діагностика:

Було застосовано спеціальні методи та інструменти для діагностики СДУГ у вибраній групі учнів: шкали оцінки симптомів СДУГ, оціночна шкала Коннора, збір анамнезу розвитку дитини, анкета спостереження за поведінкою та академічними досягненнями учнів для вчителів, Опитувальник Т. М. Ахенбаха [10], тест на ідеомоторний праксис (Ч. Ньюкіт'єн) [57, С.120-124], Канадська оцінка виконання діяльності (СОРМ) [29, С. 19-25] нейропсихологічне обстеження (експрес-діагностика "Лурія-90") [47], Анкета на виявлення порушення сенсорної інтеграції, діагностика рівневої організації рухів (за Бернштейном М. О.) [4, С. 18-26].

Було проведено інтерв'ю з батьками та вчителями, щодо отримання додаткової інформації про поведінку, академічні досягнення, особливості розвитку учнів (див. Додаток А).

В результаті обробці діагностичних матеріалів нам стало відомо, що у більшості респондентів перші прояви СДУГ зустрічалися вже на першому році життя дитини. Як правило, діти проявляли надмірну чутливість до подразників, реагували гучним плачем, порушеннями сну, тремором.

У дошкільному віці майже у всіх респондентів була зазначена хоча б мінімальна статикомоторна недостатність і диспраксія - так звана незграбність, які проявляються неможливістю утримати дитину від постійних переміщень по дому, він всюди “забирається”, все хапає руками, ламає речі (90%).

Батьки відмічали, що завжди боялися залишити дитину одну в кімнаті через небезпеку нещасних випадків і травматизму. Бо особливістю гіперактивності при СДВГ є її безцільність руху, невідповідність конкретної ситуації, що поєднується з деструктивною поведінкою (90%).

Поява основних скарг на поведінку та на труднощі у навчанні у більшості досліджуваних відноситься до молодшого шкільного віку (90%). По мірі дорослішання батьки відмічають, що гіперактивність трохи “згладжується”, але починають переважати непосидючість і метушливість. Паралельно у дитини зростає емоційна нестриманість (80%), надмірна примхливість, опозиційність у поведінці (80%). При незадоволенні навіть малозначних бажань він розкидає і ламає іграшки, б'є молодших дітей, однокласників (80%). Його вчинки виглядають необдуманими, з часом ці прояви модифікуються в неможливість вибудовувати цепочки логічних суджень, раціонально планувати вільний час(90%) .

З початком навчання в школі (тобто з моменту різкого підвищення навантаження на ЦНС) став ще більш помітним дефіцит уваги (100%). Всі батьки та вчителі вказали на розсіяність дітей (часто втрачає свої речі, забуває виконувати домашнє завдання), нездатність утримати увагу довше декількох хвилин і зосередитися на певному виді діяльності, непосидючість, легко відволікається і швидко змінює заняття, кинувши і не завершив попереднє. Вчителі та батьки відзначають, що діти не можуть всидіти на місці під час уроку та виконання домашніх завдань.

При невдачах у виконанні занять, до яких дитина все таки проявляє інтерес, дуже часто проявляє психоемоційну нестійкість, що підсилюється і приводить до формування заниженої самооцінки (90%).

Було помічено проблеми і в сфері спілкування та комунікації з однолітками (80%). Так дітям складно спілкуватися з другими дітьми, вони ніби відштовхується іншим колективом, що часто змушує їх змінювати свою поведінку. У спробі притягти до себе увагу дитина робить непередбачувані вчинки, частішають випадки показного баловства. Дані прояви зумовлюють низьку успішність дітей з СДУГ (70%), незважаючи на достатньо високий інтелект.

Відзначимо, що к 9-10 рокам ознаки гіперактивності редукуються, однак імпульсивність і порушення уваги зберігаються. Дитина з СДУГ залишається несамостійною, безвідповідальною, необов'язковою, безініціативною (60%) і як і раніше не здатною до тривалого виконання завдань (80%), часто порушує суспільні норми (90%). Така дитина швидко залучається в угруповання, проявляє девіантну поведінку. При цьому її поведінка характеризується оточуючими як “незріла”, що не відповідає віку.

Виходячи з того, що діагноз СДУГ клінічний, його встановлюють на основі ретельного збору анамнезу, опитування багатьох людей і збору інформації з різних джерел. Важливо не упустити наявність в анамнезі стійких, існуючих на протязі життя поведінкових порушень, що зачіпають всі сфери життя пацієнта і починаються ще у пренатальний період. Тому особливо важливим для нашого дослідження було збір анамнезу розвитку дитини (див. Додаток А “Опитувальник для батьків”).

З метою встановлення тривалості існування симптомів відволікання, поведінкових порушень і неможливості проявити свої здібності, нами

також було проаналізовано шкільні записи, зошити та щоденники за 6 місяців). Так, можна зауважити, що майже у всіх дітей нашої експериментальної групи було помічено наступні проблеми:

- з написанням: це здебільшого різний розмір, нахил літер, дзеркальне написання, складнощі з утриманням рядку (літери начебто “летять”), неутримання інтервалу між словами, злитне написання слів, губить рядок, літери “стрибають”, пропущені літери або елементи літер, багато виправлень та помилок, змінює місцями літери або склади в слові, не ставить крапку наприкінці речення, не дописує та ін.(80%);

-з читанням: помітні труднощі з фонематичним сприйняттям тексту, з переключенням з фонем на фонему, зі складу на інший склад, низька швидкість читання, перескакує на інший рядок, невключенність, нерозуміння прочитаного, не може переказати прочитане, пам'ятає тільки початок або кінець (90%);

-з математикою: проблеми з включенням та переключенням (продовжує робити той самий алгоритм - додавати коли вже потрібно віднімати), погано орієнтується на просторі аркуша, труднощі зі складанням короткого змісту задачі, розв'язанням задач в декілька дій тощо (100%).

Отже, аналіз зошитів надав підстави стверджувати про наявність зорово-просторових помилок, слабкості регулятивної функції, а також проблем з утриманням програми, слідуванням мовленнєвої інструкції, перемиканням, та контролем. Також було відмічено, що під кінець уроку почерк значно погіршувався, кількість помилок і пропусків збільшувалось, що вказує на швидку стомлюваність тощо.

Стосовно процесу опанування академічних умінь, на початку експерименту вчителі відмічали труднощі з концентрацією уваги (100%),

схильність до спрощення програми та стереотипізації (80%), складнощі з планування та слідування інструкції (90%), нехтування дотримання правил (90%), відсутність інтересу до нових знань та навичок (70%). Результати діагностування приведені в таблиці. (Див. Таблиця 3.1. Труднощі опанування академічних умінь).

Таблиця 3.1. Труднощі опанування академічних умінь

Академічні уміння	На початку експерименту	наприкінці експерименту
порушення самооцінки	10/100	8/80
спрощення програми, стереотипізація	9/90	8/80
нехтування дотримання правил	9/90	8/80
відсутність мотивації до навчання	7/70	5/50
труднощі з плануванням та слідуванням інструкції	9/90	8/80
складнощі з утриманням уваги	10/100	9/90
складнощі з написанням	8/80	7/70
труднощі з математикою	10/10	9/90
труднощі з читанням	9/90	8/80
Загальний результат	9/90	7,8/78

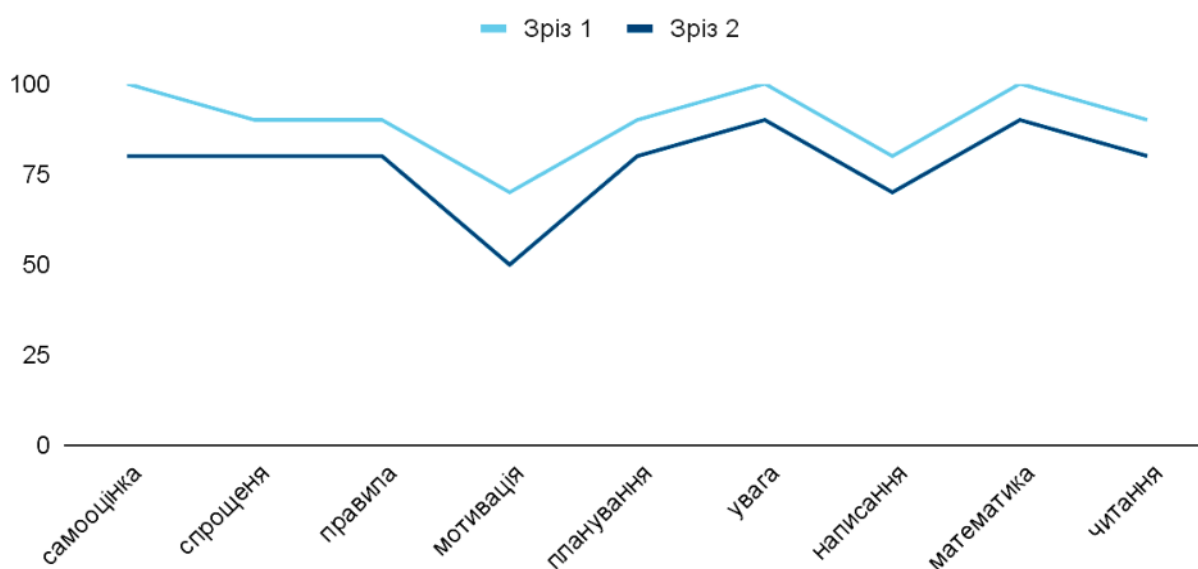
Отже, дані таблиці свідчать про те, що у всіх учнів покращилися показники опанування академічних умінь, а саме: покращилась самооцінка, зросла мотивація до навчання, у 2 учнів із 10 (20%), всі інші

показники покращилися на 10%, а загальний результат опанування академічних умінь покращився на 12%. (Див. Малюнок 3.1. Труднощі опанування академічних умінь).

Щодо поведінки на уроках такі діти могли стати або викрикувати з місця, іноді “випадали” з уроку, або “залипали” на якомусь виді діяльності, іноді проявляли імпульсивність і нетерплячість - тягнули руку для відповіді, але не знали, що саме треба говорити. І батьки і вчителі відмічають у цих дітей складнощі у спілкуванні з однолітками та дорослими, порушення соціалізації, підвищення емоційності.

Малюнок 3.1.

Труднощі опанування академічних умінь



Так, для більш повного тестування відхилень у поведінці та інших коморбідних розладах було проведено діагностику за допомогою

опитувальника Т. М. Ахенбаха для батьків дітей із синдромом СДУГ (див. Додаток А.3.). В основі методу лежить спостереження за нерегламентованою поведінкою дітей. Даний опитувальник дозволяє виявити особливості поведінки дітей по 2 шкалам: первинні та похідні. Первинна шкала досліджує такий блок: замкнутість; соматичні проблеми; тривожність; порушення соціалізації; глибина порушень мислення; проблеми з увагою та гіперактивність; делінквентна поведінка; агресія. Похідна шкала включає показники внутрішніх та зовнішніх проблем. Наприкінці обробки даних по всім шкалам опитувальника підраховується загальний показник проблем. Опитувальник Т. М. Ахенбаха є напівструктурованою анкетною, оскільки має в собі як чітко сформульовані питання, які необхідно оцінити за шкалою, а також питання, на які респондент має дати детальну, розширену відповідь. У дослідженні було використано модифіковані версії опитувальника Т. М. Ахенбаха для вчителів та для батьків, кожен з яких складався з 113 запитань і розрахований для дітей молодшого шкільного віку (6-10 років). Зауважимо, що опитувальник Т. Ахенбаха дає можливість щодо ґрунтовного аналізу великої кількості внутрішніх (психологічних) та зовнішніх (поведінкових) симптомів і емоційних проблем у дітей. У Таблиці 3.1 представлені кількісні дані проявів у дітей з СДУГ згідно з опитувальником Т. М. Ахенбаха.

Таблиця 3.1. Кількісні дані проявів у дітей згідно з опитувальником Т. Ахенбаха (% / кількість).

Таблиця 3.2

Показники первинної шкали

Прояви	Результати за відповідями батьків	Результати за відповідями вчителів
---------------	--	---

Замкнутість	30/3	60/6
Тривожність	50/5	20/2
Порушення соціалізації	80/8	90/9
Проблеми з увагою та гіперактивність/імпульсивність	100/10	100/10
Делінквентна поведінка	60/6	80/8
Агресія	80/8	60/6

Отже, отримані в ході опитування значення, свідчать, що більшість респондентів мають порушення соціалізації, делінквентну поведінку, проблеми з увагою та гіперактивністю / імпульсивністю, агресією. Такі розлади є типовими для даного синдрому й зустрічаються досить часто, що було доведено раніше психолого-педагогічними, медичними дослідженнями вітчизняних та зарубіжних науковців.

Отже, Шкалу Ахенбаха доречно використовувати при оцінюванні та діагностиці синдрому гіперактивності, особливо для контролю ефективності психологічної корекції.

Таким чином, шкала Ахенбаха є важливим інструментом оцінки та постановки діагнозу синдрому гіперактивності, але не може бути єдиною в методах діагностики синдрому. Проте, батьками та вчителями було помічено, що робота з нейропсихологічної корекції, рекомендації, яких вони дотримувалися, зміна системи покарань та заохочень, впровадження

режиму тощо мали позитивні результати. Після формувального експерименту більшість батьків стали характеризувати своїх дітей як більш врівноважених. Вчителі помітили покращення поведінки у дітей на уроках, менш проявів агресії та імпульсивності. Враховуючи дані, отримані в ході повторного опитування батьків за Т. Ахенбахом, можна дійти висновку, що значно змінилися показники проблем з увагою, гіперактивністю і імпульсивністю. Результати представлені у Таблиці вторинних показників (див. Таблиця 3.2).

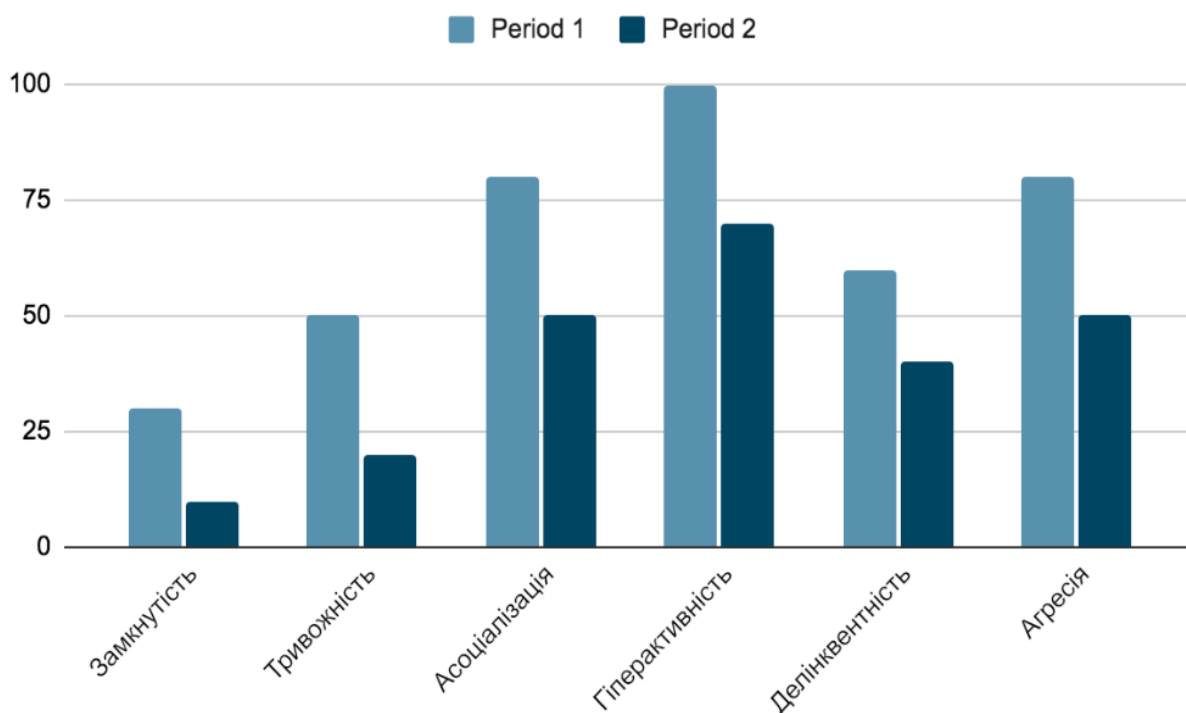
Таблиця 3.3

Показники вторинної шкали

Прояви	Результати за відповідями батьків	Результати за відповідями вчителів
Замкнутість	10/1	30/3
Тривожність	20/2	10/1
Порушення соціалізації	50/5	60/6
Проблеми з увагою та гіперактивність/імпульсивність	70/7	70/7
Делінквентна поведінка	40/4	60/6
Агресія	50/5	40/4

Малюнок 3.2

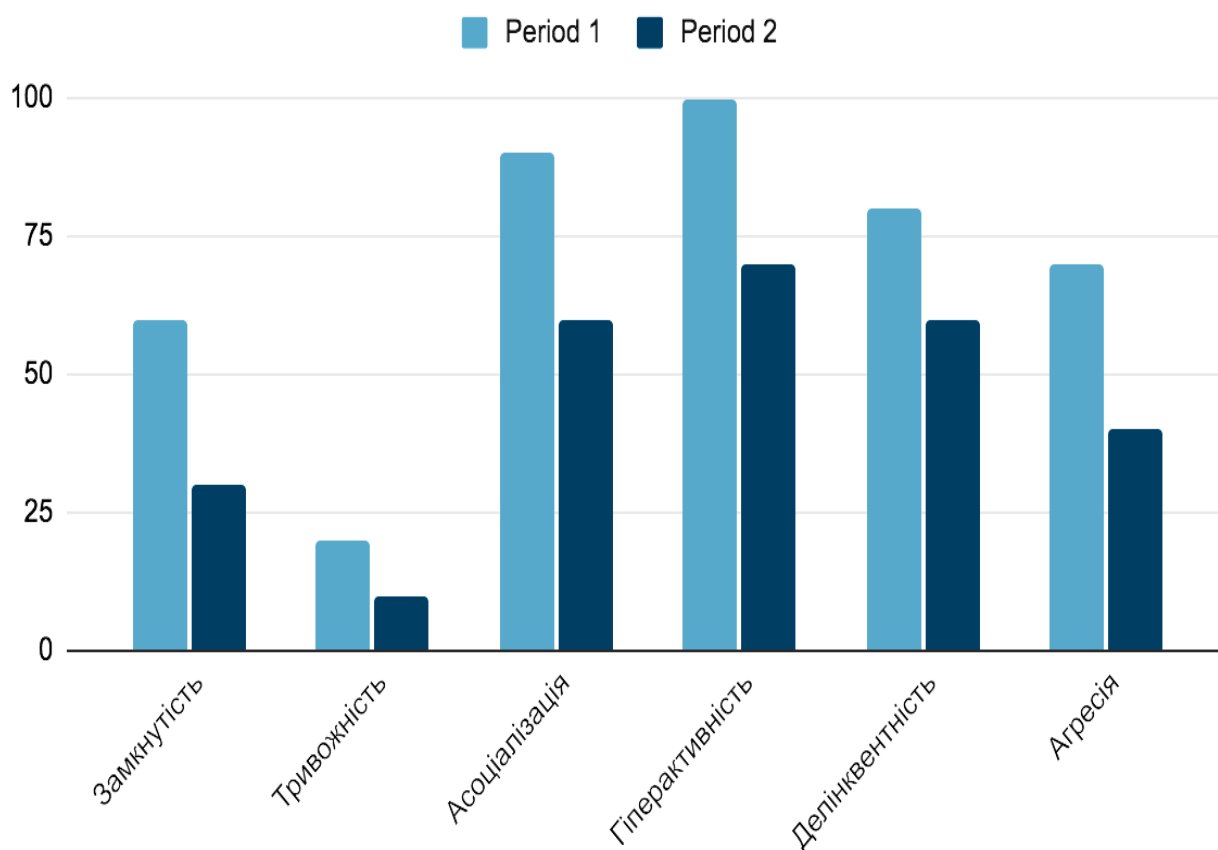
Результати за відповідями батьків



Зміна результатів за відповідями батьків представлена на діаграмі **Результати за відповідями батьків** (див. Малюнок 3.1). Різниця результатів тестування вчителів на початку і наприкінці експерименту представлена на діаграмі **Результати за відповідями вчителів** (див. малюнок 3.2)

Малюнок 3.3

Результати за відповідями вчителів



З метою діагностування особливостей відтворення вищих психічних функцій (ВПФ) у дітей з СДГУ нами було проведено нейропсихологічне обстеження за допомогою модифікованого варіанту нейропсихологічної батареї обстеження дітей “Лурия — Небраска” [28, 75]. Використовувалися діагностичні альбоми, складені Є.Ю. Балашовою, М.С. Ковязіною (Нейропсихологічна..., 2014) і Ж.М. Глозман, А.Є. Соболевої (Глозман, Соболева, 2013), а також методики з діагностичного комплексу психолога, складеного Н.Я. Семаго, М.М. Семаго (Семаго, Семаго, 2007). Оцінювався рівень розвитку 14 ВПФ та психологічних характеристик (темп роботи, увага, енергетичне забезпечення психічної діяльності, зоровий гнозис, зорова пам'ять, конструктивно-просторові функції, тактильний гнозис, акустичний гнозис, мова, слухоречова пам'ять, динамічний праксис,

мислення, регуляторні функції, емоційна сфера). Використовувалася 5-бальна система оцінок: 1 - низький рівень розвитку функції, виражене відставання від вікової норми; 2 - рівень розвитку функції нижче середнього, легке відставання від вікової норми; 3 - середній рівень розвитку функції, норма; 4 - рівень розвитку функції вище середнього, легке випередження вікової норми; 5 - високий рівень розвитку функції, виражене випередження вікової норми. Ця система оцінок початково мала відносний характер, тому що була прив'язана до представлень про вікові нормативи, що спираються на досвід проведення діагностики та літературні дані (Полонська, 2007; Ахутіна, Камардіна, Пилаєва, 2012; Мікадзе, 2013; Глозман, 2017; Корсакова, Мікадзе, Балашова, 2017). Згідно за його результатами, нам вдалося продіагностувати особливості відтворення вищих психічних функцій (ВПФ) у дітей з СДГУ і узагальнити виявлені порушення нейропсихологічних факторів. Так, нами було проведено наступні нейропсихологічні проби, а саме:

1. Зоровий гнозис. (Зоровий модально-специфічний фактор). Проба спрямована на вивчення рівня розвитку процесів сприйняття та обробки зорової інформації. Також оцінюються аналітичні (лівопівкульні) стратегії (проби на розпізнавання перекреслених і накладених зображень); холістичні (правопівкульні) стратегії (проби на розпізнавання недомальованих зображень).
2. Слухо-мовленнєва пам'ять. (Слухо-мовленнєвий модально-специфічний фактор). Проба спрямована на дослідження об'єму слухомовленнєвої пам'яті та ефективності запам'ятовування мовленнєвого матеріалу.
3. Оральний праксис. (Кінестетичний фактор). Проба спрямована на дослідження кінестетичної організації рухів органів мовлення.
4. Графічна проба. (Кінетичний фактор). Проба дозволяє оцінити можливість засвоєння рухової програми при графічному

пред'явленні зразка; можливість автоматизації рухової програми; перемикання з одного руху на інший при виконанні графічної діяльності; розвиток зорово- моторної координації; просторових уявлень; нейродинамічні характеристики руху (темп, втомлюванність).

5. Зорова пам'ять. (Зоровий модально-специфічний фактор).
 - А) Проба спрямована на дослідження процесів зорового запам'ятовування вербального матеріалу;
 - Б) Зорова пам'ять на геометричні фігури. (Зоровий модально-специфічний фактор). Проба спрямована на дослідження процесів сприйняття, переробки та зберігання зорової інформації, холістичних та аналітико-синтетичних стратегій.
6. Слухомоторна координація. (Слухо-мовленнєвий модально-специфічний фактор). Проба дозволяє оцінити рівень слухового гнозису, слухо-моторних координацій.
7. Конструктивний праксис. (Просторовий фактор). Проба спрямована на дослідження на можливості зорово-просторового перешифрування графічного зображення, здатності дитини до свідомої регуляції діяльності.
8. Реакція вибору. (Фактор регуляції і контролю). Проба спрямована на аналіз можливості слідування мовленнєвої інструкції, можливості відгальмовування простих безпосередніх реакцій.
9. Праксис пози пальців. (за Лурія О. Р.) (Кінестетичний фактор). Проба спрямована на дослідження кінестетичної організації рухів правої та лівої руки.
10. Малюнок столу. (Просторовий фактор). Проба дозволяє оцінити сформованість зорово-просторових уявлень, зорово-моторних координацій.

11. Проба Хеда. (Просторовий фактор). Проба спрямована на дослідження просторово узгоджених рухів, здібності дитини до свідомої регуляції діяльності (див. Додаток А.6.).
12. Динамічний праксис. (Кінетичний фактор та фактор регуляції контролю). Проба спрямована на дослідження можливості засвоєння рухової програми при наочному демонструванні зразка; сформованість механізмів при серійної організації рухів; можливості автоматизації рухових навичок; переключення з одного руху на інший; переключення з однієї рухової програми на іншу.
13. Реципрокна координація. Тест Озерецького М.І. (Фактор міжпівкульної взаємодії). Проба спрямована на оцінку сформованості механізмів серійної організації рухів; міжпівкульної взаємодії (Див.Додаток А.7.).
14.
 1. Розуміння близьких за слухом слів. (Фонематичний фактор). Проба спрямована на дослідження фонематичного слуху; слухомовленнєвої пам'яті.
 2. Розуміння близьких за змістом слів. (Слухомовленнєвий фактор). Проба спрямована на дослідження здатності до семантичної диференціації слів.
 3. Розуміння логіко-граматичних конструкцій. (Слухомовленнєвий фактор). Проба спрямована на дослідження здатності розуміння логіко-граматичних конструкцій.
15. Дослідження латералізації.
16. Розповідь за малюнком. (Слухомовленнєвий модально-специфічний фактор). Проба спрямована на дослідження здатності активного вилучення слів, можливості переключення з одного слова на інше, з однієї семантичної групи на іншу.

Так на початку експерименту нами було діагностовано наступні дефіцити: динамічного праксису на рівні крупної моторики,

втомлюваність, низька працездатність (нейродинамічний фактор), проблеми з відтворенням ритму; синусоїдальність діяльності (ефективний період діяльності змінюється неефективним), спостерігаються синкінези (безконтрольні мимовільні рухи орально- мануальні, язиком, ногами на фоні довільних рухів) наприклад, під час письма; проблеми зі схемою тіла та просторовими уявленнями (просторовий фактор); слабкості переключення (кінетичний фактор); слабкість зорово-моторної координації (міжпівкульний фактор); проблеми з почерком, дрібною моторикою (кінестетичний фактор) тощо.

Виходячи з наукових підходів нейропсихологічної науки, та враховуючи результати нейропсихологічного обстеження, вищезазначені прояви свідчать про порушення на рівні першого (енергетичний, ствольний дефіцит, тонус), другого (сприйняття, переробка та зберігання інформації) та третього (увага, регуляція, переключення, контроль) функціонального блоку мозку, міжпівкульної взаємодії тощо (див. Таблиця 3.3. Результати нейропсихологічної діагностики).

**Таблиця 3.4 Діагностування рівнів розвитку ВПФ
(перший зріз)**

Діагностичні показники /порушення нейропсихологічних факторів	На початку експерименту Кількість осіб / показник у %				
	низь- кий	ниже серед	серед- ній	вище серед	висо- кий
Рівень розвитку ВПФ					
зоровий гнозіс	4/40	5/50	1/10	0/0	0/0

темп роботи	8/80	2/20	0/0	0/0	0/0
слухомовленнєва пам'ять	8/80	2/20	0/0	0/0	0/0
кінестетичний праксис	6/60	2/20	2/20	0/0	0/0
перемикання	9/90	1/10	0/0	0/0	0/0
міжпівкульна взаємодія	7/70	3/30	0/0	0/0	0/0
енергетичне забезпечення психічної діяльності	10/100	0/0	0/0	0/0	0/0
зорова пам'ять	7/70	2/20	1/10	0/0	0/0
увага	10/100	0/0	0/0	0/0	0/0
динамічний праксис	7/70	3/30	0/0	0/0	0/0
регуляція і контроль	8/80	2/20	0/0	0/0	0/0
конструктивно-просторові функції	6/60	3/30	1/10	0/0	0/0
фонематичний фактор	4/40	3/30	3/30	0/0	0/0
слухомовленнєвий фактор	5/50	4/40	1/10	0/0	0/0
Загальний рівень розвитку ВПФ	7,1/71	2,3/23	0,6/6	0/0	0/0

Дані, отримані в ході повторного діагностування рівнів розвитку ВПФ можна побачити у Таблиці вторинних показників (див. Таблиця 3.4).

Таблиця 3.5 Діагностування рівнів розвитку ВПФ
(вторинний зріз)

Діагностичні показники /порушення нейропсихологічних факторів	На початку експерименту Кількість осіб / показник у %				
	низь- кий	ниже серед	серед- ній	вище серед	висо- кий
Рівень розвитку ВПФ					
зоровий гнозис	3/30	4/40	3/30	0/0	0/0
темп роботи	6/60	3/30	1/10	0/0	0/0
слухомовленнєва пам'ять	7/70	2/20	1/10	0/0	0/0
кінестетичний праксис	5/50	2/20	3/30	0/0	0/0
перемикання	7/70	3/30	0/0	0/0	0/0
міжпівкульна взаємодія	6/60	3/30	1/10	0/0	0/0
енергетичне забезпечення психічної діяльності	8/80	2/20	0/0	0/0	0/0
зорова пам'ять	5/50	3/30	2/20	0/0	0/0
увага	7/70	2/20	1/10	0/0	0/0
динамічний праксис	6/60	2/20	1/10	0/0	0/0
регуляція і контроль	6/60	3/30	1/10	0/0	0/0
конструктивно- просторові функції	4/400	3/30	3/30	0/0	0/0
фонематичний фактор	3/30	3/30	4/40	0/0	0/0
слухомовленнєвий	4/40	4/40	2/20	0/0	0/0

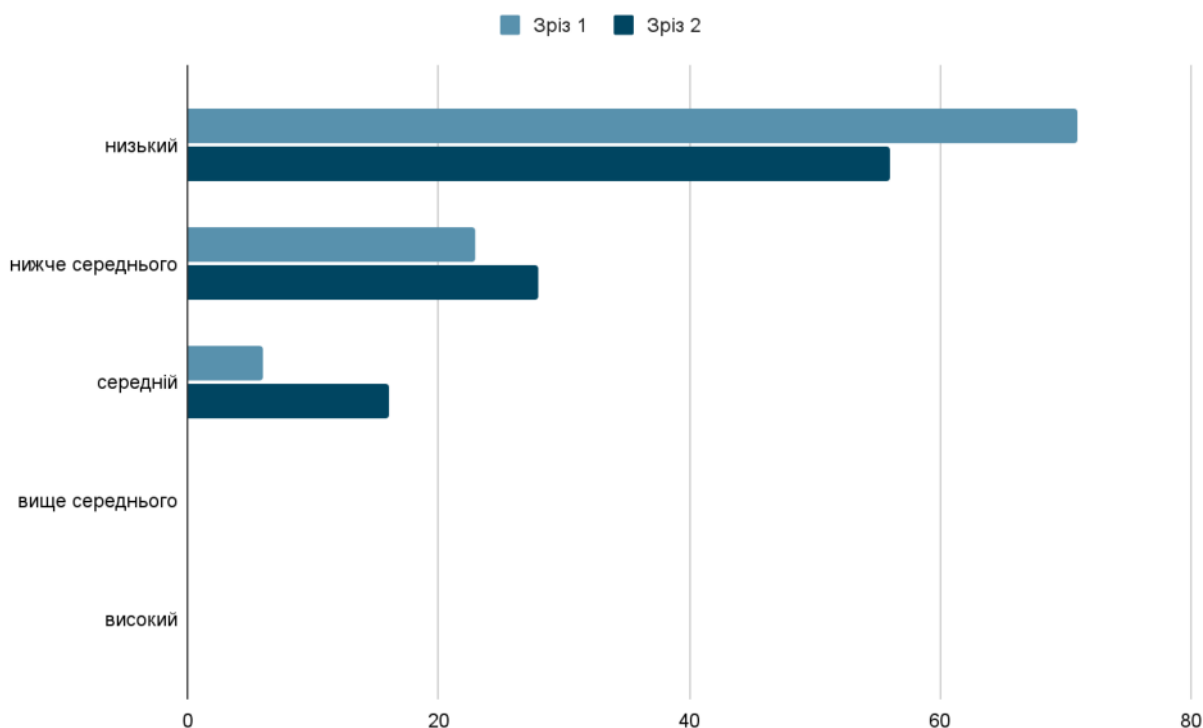
фактор						
Загальний рівень розвитку ВПФ	5.6/56	2.8/28	1,6/16	0/0	0/0	

Отже, виходячи з результатів діагностування рівнів розвитку вищих психічних функцій на початку і наприкінці нашої корекційної програми, ми можемо відзначити певні позитивні зміни в усіх функціях. Найбільш помітними вони є в наступних показниках, а саме: покращення уваги, перемикання, прискорення темпу виконання завдань, покращення зорової пам'яті (сприйняття, переробки та збереження зорової інформації), поліпшення праксису, підвищення працездатності та ін., що свідчить про позитивну динаміку нашого корекційного втручання (Див. Малюнок 3.3)

Слід зауважити, що у дітей з СДУГ також часто спостерігаються порушення сенсорної інтеграції, а саме сенсорний пошук, який призводить до порушення поведінки та складнощів у навчанні тощо. Отже, правильне визначення проблеми та виду її прояву можуть значно полегшити спілкування та освітній процес, як для дитини, так і для спеціалістів та батьків. Тому ми вважали за необхідне проведення опитувальника на виявлення порушення у сенсорних системах. Отже, нами було використано анкету-опитувальник із питань порушення у дитини процесу обробки сенсорної інформації К. Крановіц [73].

Малюнок 3.4

Рівні розвитку ВПФ



Було доведено наступні особливості сенсорних і поведінкових аспектів у дітей з СДУГ, а саме:

1. Недолік інгібіції сенсорних та інформативних стимулів призводить до порушень **на поведінковому рівні**:

- дитина стає імпульсивною, часто проявляє агресію, якщо щось йому не подобається;
- може встати зі стільця, коли набридає заняття;

на сенсорно-когнітивному рівні:

- порушення адаптації та фільтрації сенсорної інформації;
- не може інгібувати відволікаючі фактори, втрачає увагу,

2. Труднощі в підтримці оптимальної активності і уваги призводять до сенсорного пошуку.

3. Іноді проявом сенсорного пошуку є внутрішнє занепокоєння і тривожність.

Сенсорні і поведінкові особливості проявляються різними видами через певні системи, а саме:

1. Тактильна система:

- Бажання чіпати предмети і людей;
- Пошук сильних відчуттів;
- Всі предмети тягнуться в рот;
- Сильне прояві реакції на біль.

2. Вестибулярна система:

- Залазання нагору і стрибки вниз;
- Постійні розгойдування;
- Пошук руху.

3. Пропріоцептивна система:

- Множинні стрибки;
- Зіштовхування з предметами;
- Падіння;
- Штовхання і чіпляння інших;
- Бійки, стусани.

4. Система смаку і запаху:

- Жування неїстівних предметів;
- Роздратування на сильні запахи.

5. Візуальна система:

- Постійне реагування та відволікання на візуальну інформацію.

6. Аудіальна система:

- Підвищена чутливість до звуків;
- Сильний шум;
- Відсутність реакції на розмови або звертання (не чує або не слухає)
- Багато говорить, кричить.

Так нами було зафіксовано, що у 9 дітей з 10 виявились відхилення у роботі пропріоцептивний та вестибулярній системах.

Здебільшого, дітям з пропріоцептивним сенсорним пошуком подобається стукати ногами, руками, любляють сильні обійми. Їм подобається стикатися, боротися, навалюватися, стрибати, жувати одяг, гризти олівець та ін.

У дітей з вестибулярним сенсорним пошуком спостерігається схильність до кружляння, обертання, перекидання, підкидання, раптові різкі рухи.

Отже, при складанні програми психологічного супроводу дітей СДУГ нами було враховано необхідність в нейропсихологічній корекції та сенсорній інтеграції тощо.

3. Розробка програми психологічного супроводу:

На основі результатів діагностики нами було розроблено програму супроводу, яка впроваджувалася на двох рівнях: індивідуальному та груповому. Зауважимо, що при розробці програми було враховано наукові основи інклюзивного підходу супроводу дітей з синдромом дефіциту уваги і гіперактивності (СДУГ) в закладах загальної середньої освіти, а також використано нароби нейропсихологічної практики щодо індивідуальної та групової корекційної роботи дітей з СДУГ. Отже, загальна стратегія програми була спрямована на вирішення наступних задач:

По-перше, адаптація до навчального процесу.

Так задля вирішення даної задачі було розроблено “систему підтримки” на уроках, враховуючи їхні потреби та рівень можливостей засвоєння навчального матеріалу. Отже, учням з СДУГ було надано додатковий час на виконання завдань; можливість використовувати

візуальні допоміжні засоби, що допомагають зосередитись. Враховуючи знання про “ефективний період” кожної дитини з СДУГ, після закінчення цього періоду дитина мала відпочинок і можливість порухатись. Оскільки крупно-моторні рухи стимулюють кору головного мозку “заряджають батарею”, ритмічні вправи зі словами також активують ствол головного мозку, то ми вважали доречним використання фізкультхвилинок, ігор на схему тіла, пальчикових гімнастик. Оскільки у дітей з СДУГ спостерігається мінливість нейродинамічного фактору (то гіпо-, то гіпертонус) дуже доречним для них були вправи на пропріоцептивну (ігровий самомасаж, растяжка суглобів, укладка) та вестибулярну (стояти на балансірі, стрибати на фітболі) систему, дихальні вправи, ігри на напруження і розслаблення тіла тощо.

По-друге, організація навчальної діяльності на уроці.

Оскільки дітям з СДУГ важко зосередитися на тривалих завданнях, тому було запропоновано вчителям розбити їх на менші частини, одноступінчасті інструкції та надавати частіші паузи для відпочинку. Також були використані візуальні підказки, чіткий план та алгоритм діяльності, що дозволило сфокусувати увагу на послідовності дії, правильності виконання інструкції і на кінцевому результаті - те що повинно вийти. Дітям було запропоновано використовувати зовнішній контроль (проговорювання), звертатися по допомогу, якщо потрібно. Велике значення щодо забезпечення мінімального відволікання та задля полегшення навчання також мала організація робочого місця. Так дітям були запропоновані ергономічні стільці з підставкою для ніг, а також ортопедична подушка для сидіння.

Зазначимо також, що важливим моментом в організації навчальної діяльності набуло введення ритуалів “включення” в діяльність та завершення діяльності, що мало на увазі повторення до вироблення автоматизму.

По-третє, розвиток соціальних навичок.

Здебільшого, соціальні навички включають в себе тренування комунікаційних здібностей, співпрацю в команді, саморегуляцію, вміння вирішувати конфлікти тощо.

Задля реалізації цієї задачі було організовано групові ігри на взаємодію, налагодження контактів, розвиток вміння працювати за мовленнєвою інструкцією, де учні вчилися слухати один одного, спілкуватися, взаємодіяти в групі (див. Додаток. С.2.). Дітям було запропоновано тренінг “Майстерня спілкування”, де діти познайомились з різними комунікативними навичками і попрактикувалися в їх використанні в різних ситуаціях.

Слід зауважити, що особливої уваги у формування соціальних навичок було приділено розвитку емоційного інтелекту. Діти пройшли курс “Емоційний інтелект”, де вчилися розпізнавати свої емоції і почуття, відстежувати їх, вміти називати, контролювати, проявляти емпатію та ін.

По-четверте, організація режиму дня.

Вчителям було запропоновано створити структурований режим дня з чітким розкладом занять та ритуалами, що допомагають учням з СДУГ налаштуватися на навчальну діяльність та переключатися з перерви на урок, або з одного завдання на інше. Візуальні підказки привертали увагу та сприяли концентрації та зосередженню, допомагали самоорганізуватися. Чіткий графік занять та відпочинку надав можливість навчитися розподіляти увагу та відновити енергію.

По п'яте, планування програми індивідуального розвитку учня.

Виходячи з потреб кожної дитини з СДУГ, було розроблено та впроваджено програму індивідуальних занять для кожної дитини. При розробці програми було використано методи нейропсихологічної корекції [75], вправи на сенсорну інтеграцію [46, С. 24-28]. Метод заміняючого онтогенезу (Семенович Г. В.), Заняття проводились 2 рази на тиждень на

протязі 3-х місяців (див.Додаток С. 1.). корекційна робота проводилась за такими блоками:

- працездатність (тонус)
- увага, концентрація
- саморегуляція, контроль, переключення
- зорово-просторове та акустичне сприйняття
- міжкульова взаємодія
- зорово-моторна координація
- сенсорна інтеграція
- тривожність, емоційне напруження

4. Проведення експерименту:

Програму психологічного супроводу дітей з синдромом дефіциту уваги та гіперактивності (СДГУ) було реалізовано протягом одного навчального семестру. Під час реалізації програми було забезпечено постійний моніторинг та оцінка результатів. По кожному з блоків фіксувалися результати, а також відмічалось як вони впливають на академічні досягнення, зміни у поведінці та самооцінці учнів.

На початку експерименту окрім результатів діагностичного дослідження нами було використано Канадську оцінку виконання діяльності (авторський варіант), яка була запропонована батькам. Завдяки цьому опитуванню стало можливим окреслити основні, з точки зору батьків, проблеми, з якими стикається дитина під час виконання діяльності.
Крок 1: Виокремити види діяльності, які найбільш складно виконувати дитині і це їй заважає реалізувати себе (по 3 з кожної з 3-х сфер життя: **навчання, самообслуговування, досуг**);

Крок 2: На цьому етапі з кожної групи було вибрано по 1-й проблемі, які були оцінені батьками за 2-ма критеріями: з точки зору її **виконання**

та наскільки батьки задоволені її виконанням. Оцінювання кожного з критеріїв відбувалося за 10-бальною шкалою;

Крок 3: Підраховуємо бали за кожним критерієм та виводимо загальний середній бал;

Крок 4: Наприкінці експерименту було проведено повторне оцінювання за такою же схемою.

Підраховані бали в порівнянні з попередніми показали позитивну динаміку нашої корекційної роботи в межах програми психологічного супроводу дітей з СДГУ.

Згідно з зазначеними етапами експерименту, було розроблено план організації експерименту:

- Визначити чіткий графік проведення дослідів та завдання для кожного етапу, враховуючи тривалість програми супроводу.
- Забезпечити співпрацю з батьками учнів, вчителями та спеціалістами (наприклад, шкільними психологами) для реалізації програми супроводу.
- Проводити систематичний моніторинг та оцінку прогресу учнів протягом експерименту, використовуючи різні методи, такі як тестування, спостереження та збір документальних даних.
- Забезпечити конфіденційність та етичність дослідження, зберігаючи анонімність даних та дотримуючись принципів доброчесності та наукової добросовісності.

5. Збір та аналіз даних:

На цьому етапі ми займалися упорядкуванням даних щодо ефективності програми супроводу, використовуючи кількісні та якісні методи збору даних.

Здебільшого, метод кількісного аналізу було використано з метою порівняння академічних результатів та зміни в показниках СДУГ до й після застосування програми супроводу.

За допомогою методу якісного аналізу нам вдалося проаналізувати спостереження, інтерв'ю та відгуки вчителів та батьків щодо змін у поведінці та самопочутті учнів.

Аналіз результатів експерименту є важливим етапом дослідно-експериментальної роботи з вивчення синдрому дефіциту уваги і гіперактивності (СДУГ) у учнів початкової ланки. Нижче наведений розгорнутий та детальний опис аналізу результатів з використанням отриманих даних.

Під час проведення експерименту було зібрано і опрацьовано експериментальний матеріал, що стосується кожного учня (всього 10 учнів). Ці дані включають результати діагностики, академічні досягнення, спостереження вчителів та батьківські відгуки. Вчителі вели спостереження за поведінкою учнів під час уроків і фіксували свої спостереження. Наприклад, вчитель помітив, що учні 1,4,8,10 стали більш уважними та зосередженими на уроках після впровадження програми супроводу. Батьки заповнювали анкети, в яких висловили свої спостереження та враження про зміни у поведінці та академічних досягненнях своєї дитини. Наприклад, батьки тих же учнів відзначили поліпшення у їх саморегуляції та здатності до співпраці з однокласниками.

Слід зауважити, що дані було згруповано згідно з категоріями, а саме, академічні досягнення (оцінки), поведінкові показники (увага, активність, імпульсивність), рівень самооцінки тощо (Див. Таблиця 3.5. Результати дослідження академічних та поведінкових показників на початку експерименту).

Отже, із підсумкових результатів таблиці ми бачимо, що за результатами експериментальної роботи рівень академічних успіхів виріс у 80% учнів експериментальної групи, а покращення поведінкових показників відмічено у всіх 10 учнів (Див. Таблиця 3.6. Результати дослідження академічних та поведінкових показників наприкінці експерименту).

Зауважимо, що кількісний аналіз було проведено за допомогою кількісних методів. З цією метою було порівняно середній рівень академічних досягнень учнів до та після застосування програми супроводу.

Згідно з результатами експериментального дослідження, нами було отримано дані про середні бали учнів до та після програми супроводу.

Натомість зазначимо, що програма психологічного супроводу мала позитивний вплив на академічні досягнення учнів. Так, для проведення якісного аналізу було використано спостереження, інтерв'ю, анкетування, оцінка виконання діяльності (СОРМ) та враження вчителів та батьків. Найважливішим для нас було фіксування змін у поведінці, самооцінці, спілкуванні тощо. Нами було розглянуто та проаналізовано навчальні ситуації, у яких учні з СДУГ проявляли покращення або важкості. Деякі учні з СДУГ проявили покращення у своїх соціальних навичках. Наприклад, вони стали активнішими у групових вправах, краще спілкувалися зі своїми однолітками та змогли вирішувати конфлікти конструктивним способом. Вчителі та батьки відзначили зростання самовпевненості та емоційного благополуччя цих учнів. Проте було зазначено, що деякі учні зазнавали важкостей при виконанні завдань, наприклад, у впровадженні нових стратегій, або при зміні свого звичайного навчального оточення. Наприклад, учні почувалися некомфортно при виконанні завдань з більшою самостійністю або при нових обставинах тощо.

Таким чином, аналіз результатів експерименту з вивчення СДУГ у учнів початкової ланки складався з оцінки ефективності програми супроводу та її впливу на академічні досягнення та поведінку учнів. Нами було виявлено покращення показників, а саме:

1. Академічні досягнення.

- В результаті програми супроводу 8 з 10 учнів показали поліпшення у своїх академічних досягненнях.
- Середня оцінка групи збільшилась на 0.8 пункту.
- Учні показали покращення в розумінні навчального матеріалу, здібності до самостійної роботи та участі у класних дискусіях.

2. Поведінкові показники.

- 9 з 10 учнів проявили покращення у своїй поведінці та саморегуляції.
- Виявлено зниження рівня гіперактивності та недбалості в поведінці.
- Учні проявили більшу зосередженість та впевненість у своїх здібностях.

Таблиця 3.6. Результати дослідження академічних та поведінкових показників на початку експерименту

Учень	Академічні досягнення (зміна)	Поведінкові показники (зміна)
1	+0.7	+1.3
2	+0.4	+0.2
3	-0.2	+0.5
4	+0.9	+1.0
5	+1.2	+0.8
6	+0.6	+0.9

Учень	Академічні досягнення (зміна)	Поведінкові показники (зміна)
7	+0.5	+0.7
8	+0.8	+1.5
9	-0.1	+0.3
10	+1.1	+1.2

Ця таблиця відображає зміни в академічних досягненнях та поведінкових показниках кожного учня після застосування програми супроводу. Значення "+/-" вказують на покращення або зниження показників.

5. Висновки та рекомендації:

На основі отриманих даних було сформульовано висновки та розроблено рекомендації щодо подальшого вдосконалення практики психологічного супроводу учнів з СДУГ в початковій ланці.

Таким чином, оскільки програма супроводу показала позитивні результати, можна рекомендувати її впровадження в інші класи або заклади загальної середньої освіти.

Отже, аналіз наукових досліджень та результати впровадження експериментальної роботи підтверджують ефективність програми психологічного супроводу для учнів з СДУГ у початковій ланці. Покращення академічних досягнень свідчать про те, що індивідуальний підхід до навчання та використання адаптивних стратегій в рамках інклюзивної освіти допомагають учням зосередитися та успішно засвоювати навчальний матеріал.

Покращення в поведінці та саморегуляції свідчать про те, що програма психологічного супроводу сприяє розвитку соціальних навичок, емоційного інтелекту, покращує здатності до регуляції, контролю своїх

дій та емоцій. Запровадження структурованого режиму дня та тренування комунікаційних навичок сприяють створенню благоприємної навчальної атмосфери та сприяють позитивним змінам у поведінці учнів.

3.2. Методичні рекомендації щодо організації корекційної роботи з психологічного супроводу дітей зі СДУГ.

Спираючись на аналіз отриманих результатів експерименту та виходячи з перспектив подальшої роботи у даному напрямку, можна сформулювати методичні рекомендації з психологічного супроводу дітей з СДУГ. Слід зауважити, що основна мета таких рекомендацій полягає в покращенні навчання та соціального розвитку цих учнів. Нижче наведено конкретні рекомендації з описом і прикладами. Отже, виходячи з мети, нами було виокремлені наступні напрямки методичної роботи з психологічного супроводу , а саме:

Індивідуалізація навчання:

- Розробити індивідуальні плани розвитку для кожного учня з СДУГ, враховуючи їхні потреби та рівень відповідності навчальним вимогам. Наприклад, учням з проблемами уваги надавати додатковий час на виконання завдань або можливість використання візуальних допоміжних засобів для полегшення зосередження тощо.
- Постійно моніторити академічні досягнення кожного учня і вносити необхідні зміни до плану. Наприклад, якщо учень показує прогрес у певній області, можна розширити його навчальні завдання або запропонувати більш високорівневі завдання.

Розвиток соціальних навичок:

- Організовувати групові вправи, тренування та співпрацю, щоб допомогти учням з СДУГ вдосконалити свої комунікаційні навички, співпрацю та саморегуляцію. Наприклад, створювати ситуації, де

учні вчать слухати один одного, розв'язувати конфлікти або спільно працювати над проєктами.

- Проводити тренінги та семінари для батьків і вчителів, щоб надати їм стратегії підтримки учнів з СДУГ в їх соціальному розвитку. Наприклад, навчати батьків спеціальним технікам комунікації з дитиною або надавати вчителям інструменти для ефективного співпраці з учнем у класному середовищі.

Використання різноманітних методів та засобів навчання:

- Використовувати різні методи навчання, такі як візуалізація, рухові активності, ігрові елементи та технології, техніки розслаблення та регулювання тону тощо, утримання чіткого режиму активності та відпочинку, використання ритуалів (наприклад, початку та кінця уроку), щоб залучити учнів з СДУГ та сприяти їхньому активному залученню до навчального процесу. Наприклад, використовувати наочні матеріали, які допомагають учням краще розуміти матеріал, надавати однокрокові інструкції, складні завдання поділяти на етапи, створювати ситуації успіху та давати завдання та межі можливостей, щоб створювати умови для перспективи подальшого розвитку та ін.
- Застосовувати варіативні завдання та різнорівневі вправи, щоб кожен учень міг навчатися на своєму рівні та відчувати успіх. Наприклад, дати учням можливість вибрати завдання залежно від їхніх інтересів або викликів, які вони можуть прийняти.

Ці методичні рекомендації створюють основу для подальшої роботи з учнями з СДУГ, сприяючи їхньому успіху у навчанні, соціальному розвитку та самореалізації.

Наведемо приклад індивідуальної роботи з дитиною з СДГУ.

Нами було проведено нейропсихологічне діагностування а також проведено збір анамнезу розвитку (діагностичний матеріал та форму збору

анамнезу розвитку дитини див. у додатках) Представляємо вашій увазі заключення нейропсихологічного дослідження.

Дитина: Хлопчик 8 років. Активний, поведінка дитини в цілому відповідає ситуації обстеження. контакту доступний, відповідає на питання, проте не досить старанно виконує завдання, спостерігається спонтанність, імпульсивність, низький рівень концентрації уваги. Сфера загальних знань сформована на достатньому рівні.

Об'єктивно виявляється:

Латералізація - у моторній сфері білатеральна організація (складності у визначенні провідної руки і ноги), у сенсорній сфері за лівопівкульним типом.

При оцінці рухової сфери відзначається низький рівень форсованості реципрокної координації: при виконанні проби відзначається поелементне виконання, поспіх, складність утримання програми. Пробу на динамічний праксис дитина виконала з тенденцією до спрощення програми.

Труднощі виникають при самостійному копіюванні, продуктивна діяльність можлива тільки при зверненні уваги на помилки. При дослідженні кінестетичного праксису спостерігаються елементи пошуку пози і поодинокі мануальні помилки. Оральний праксис без особливостей. При перенесенні пози пальців помилки поодинокі.

Зоровий гнозис в цілому сформований досить, спостерігаються поодинокі помилки більше схожі у зв'язку з дефіцитом уваги. Тактильний гнозис з одиничними помилками в правій руці і без помилок в лівій руці.

Акустичний гнозис сформований на достатньому рівні. При дослідженні просторового гнозису спостерігаються складнощі в утриманні програми, порушення просторового сприйняття.

Зорова і слухова пам'ять без особливостей. Інтелектуальні функції на достатньому рівні, рівень узагальнення на достатньому рівні.

Заклучення:

Таким чином, на перший план виступає несформованість функцій регуляції, контролю і планування психічної діяльності, незрілість міжпівкульної взаємодії, нейродинамічний дефіцит.

Після обробки анкет, що заповнювали батьки та вчителі, та у результаті спостереження за дитиною було виявлено наступні проблеми, а саме:

- в поведінці - труднощі утримання уваги, імпульсивність, складнощі з контролем емоцій, швидко збуджується під час гри не може зупинитися, спостерігаються девіації поведінки;
- в навчанні - слабка мотивація до навчання, погана концентрація уваги, не витримує монотонну роботу, важко всидіти на місці під час уроків;
- під час гри - не любить настільні ігри, не може програвати, грати за правилами (постійно порушує правила, чи вигадує свої); подобається бігати, товкатися, “куча-мала”;
- під час комунікації - труднощі в спілкуванні з однолітками, бажає завжди бути лідером, не підпорядковується правилам, не вміє домовлятися, може говорити погані слова, ображати, сперечатися.

За результатами діагностичного опитувальника з порушень сенсорної інтеграції було виявлено відхилення в роботі наступних систем, а саме:

- тактильної - гіпосенситивність (низька чутливість) до дотику;
- вестибулярної - гіпосенситивність до рухів, низький м'язовий тонус;
- пропріоцептивної - сенсорний пошук, складнощі з регуляцією рухів;
- аудіальної - гіпосенситивність до звуку - дисфункція обробки мовленнєвих сигналів;
- дисфункція орального сигналу - гіпосенситивність;
- емоційна дисфункція;
- дисфункція саморегуляції;

Виходячи з зазначених сенсорних порушень стало важливим проаналізувати розпорядок дня дитини з метою виявлення

проблемних зон задля їх урахування при плануванні сенсорної терапії. Отже, нами було виявлено проблеми на наступних етапах:

- пробудження (складно пробуджується, не хоче підніматися з ліжка);
- ранкові процедури (без нагадування сам не йде чистити зуби та вмиватися);
- сніданок (відмовляється снідати);
- прибуття в школу (заходячи до класу ні з ким не вітається, не комунікує з однокласниками);
- навчальні заняття (складно висидіти час уроку, на перервах дуже бігає, не може зупинитися та переключитися на урок);
- повернення додому після школи (розкидає взуття, речі, може довго дивитися телевізор, годинами гратися в гаджети);
- підготовка домашнього завдання (відмовляється робити домашнє завдання, забуває зібрати портфель на наступний день);
- вечірня гігієна, підготовка до сну (забуває чистити зуби, складати речі на місце);
- відхід до сну (вигадує різні заняття, тільки щоб не йти спати, завжди просить їсти, коли вже треба йти до ліжка).

Таким чином, враховуючи порушення у сенсорній сфері дитини, в рамках програми психологічного супроводу було також включено заходи з сенсорної інтеграції, а саме:

- сенсорна дієта
- режим дня
- вправи на покращення роботи сенсорних систем, зокрема пропріоцептивної, тактильної, вестибулярної, аудіальної, емоційної, функцій саморегуляції тощо.

Приклад запропонованої сенсорної дієти дивитись у Таблиці 3.7. Сенсорна дієта.

Таблиця 3.7

СЕНСОРНА ДІЄТА

Розклад дня	Дія	Відповідальний за виконання	Примітка
Пробудження 6.20-6.30	батько тихим голосом, з гумором будить дитину, масаж розтяжка /продавлення суглобів	батько	створити гарний настрій (емоційний стан), простимулювати пропріоцептивну систему
Ранкові процедури 6.30-6.40	п'є воду з лимоном, вмивається, чистить зуби (вібро щіткою)	батько	стимулювання орального сигналу
Сніданок 6.40-7.00	каша / яйце / йогурт / сир / творог / теплий чай / тостер	мама	стимулювання тактильної системи, орального сигналу,
Одягання 7.00-7.10	сам знаходить речі на полицях у шафі, одягається у шкільну форму за сезоном, розчесується, взувається, зав'язує шнурки,	мама	стимулювання зорово-просторового фактору, тактильної системи, саморегуляції

Ранкові організаційні моменти 7.10-7.20	годує рибок, наповнює для себе термос з водою в школу, кладе його в портфель	мама	саморегуляція, самоконтроль
Дорога в школу 7.20-7.40	їде машиною, розв'язує з батьком прості математичні приклади, повторює таблицю множення вголос	батько	стимулювання вестибулярної системи; орального сигналу, тонусу кори головного мозку
прибуття до школи 7.40-8.00	ритуал привітання з однокласниками, психологічні ігри на комунікацію, нейрогімнастика	вчитель / психолог	стимулювання тонусу кори головного мозку, тактильної, пропріоцептивної системи, створення позитивного емоційного фону в колективі, включення в роботу
Порядок дня в навчальному закладі 8.00-15.20	дотримання режиму навчання та відпочинку згідно з програмою психологічного супроводу дітей з СДГУ. Ритуал прощання з однокласниками та вчителем (ігри на зворотній зв'язок, шкала	вчитель / психолог	стимулювання нейродинамічного фактору, пропріоцептивної системи, аудіальної системи, орального сигналу (в тому числі хрусткі, тверді перекуси)

	очікувань та ін.)		
повернення додому 15.20-15.40	їде машиною з мамою, емоційно включене спілкування,	мама	стимулювання вестибулярної системи, емоційного фону, рефлексії
обід (до/після) 15.40-16.00	міцні обійми, вібромасаж	мама	стимулювання пропріоцептивної, тактильної системи, нейродинамічного фактору, емоційної сфери
Досуг 16.00-18.00	заняття спортом баскетбол / плавання / у тренажерному залі з батьком), прогулянки з друзями	батько / тренер	стимулювання нейродинамічний фактор, пропріоцептивну, вестибулярну, аудіальну систему, зорово-просторову функцію, регуляцію рухів, емоційну сферу, комунікативну
Вечеря (до /після) 18.00-18.30	відпочинок біля телевізору, допомога в підготовці вечері (слідування мовленнєвим інструкціям), вечеря	мама	стимулювання аудіальної системи, зорово-просторового фактору, регуляції рухів
Підготовка домашнього завдання (до / після) 18.30-20.00	вібромасаж, нейрогімнастика, підготовка робочого місця (ортопедична подушка для	мама	стимулювання нейродинамічного фактору, пропріоцепції, тактильної системи,

	сидіння, валик під ноги)		переключення, саморегуляції
вечірня гігієна та підготовка до сну (до /після) 20.00-20.30	приймає теплий душ, використовує м'яку мочалку, розтирання рушником	мама	стимулювання тактильну, пропріоцептивну систему
Укладання в ліжку 20.30-20.45	заспокійливий масаж, поглаження, обговорення подій за день, мама читає на ніч	мама	стимулювання пропріоцептивної, тактильної системи, вчимося визначати та проговорювати свої почуття, емоційне заспокоєння
Сон 21.00-6. 30			

Також для виявлення проблем щодо здійснення діяльності та вибудовування траєкторії нейрокорекційної програми, крім нейропсихологічної діагностики та збору анамнезу розвитку дитини, нами було проведено оцінювання виконання діяльності за канадською системою (COPM). Опитування проводилось з батьками дитини і стосувалось 3-х сфер життєдіяльності: самообслуговування, навчання, досуг. Діагностування відбувалося в кілька етапів.

Крок 1: на першому етапі батькам було запропоновано визначити по 3 проблеми з кожної сфери, які на їх думку є найважливішими для виконання їх дитиною;

Крок 2: оцінити важливість виконання кожної діяльності за шкалою від 1 до 10;

Крок 3: за кількістю балів, обрати 3 найважливіші проблеми, ввести їх в таблицю. Оцінити кожну “проблемну” активність з точки зору її виконання а потім задоволеності її виконанням також за 10-бальною шкалою;

Крок 4: підрахувати загальний середній бал виконання цих трьох проблем за кожним критерієм (виконання та задоволення виконанням);

Крок 5: Останній етап проводився наприкінці експерименту, після впровадження програми психологічного супроводу і мав на меті виявлення змін у виконанні означеної проблемної діяльності.

Отже зауважимо, що на етапі опитування (Крок 1) батьками було виокремлено наступні проблеми виконання діяльності.

Самообслуговування :

1. Не складає у шафу свій одяг;
2. Не прибирає за собою тарілку після їжі;
3. Не готує заздалегідь воду в школу;

Навчання:

1. не хоче виконувати домашнє завдання;
2. не хоче читати книжки;
3. не чує, коли йому щось говориш (не реагує на мовленнєву інструкцію);

Досуг:

1. не хоче систематично ходити на спортивну секцію;
2. не хоче грати в ігри з чіткими правилами;
3. не вміє спілкуватися з однокласниками, дружити.

На етапі оцінювання (Крок 2, 3) визначилося, що найбільш важливими для вирішення виявилися наступні 3 проблеми, такі як:

1. не хоче виконувати домашнє завдання;
2. не чує, коли йому щось говориш;
3. не вміє спілкуватися з однокласниками, дружити.

Зауважимо, що вторинний зріз проводився після впровадження програми психологічного супроводу. Розподілення балів при первинному та вторинному оцінюванні виявилось наступним чином (див. Табл. 4. Оцінювання діяльності.)

Таблиця 3.8. Оцінювання діяльності (СОРМ)

Проблеми в активності	Первинна оцінка		Вторинна оцінка	
	Виконання	Задоволеність	Виконання	Задоволеність
1. Не хоче виконувати домашнє завдання	4	4	6	6
2. Не реагує на мовленнєву інструкцію	5	4	7	7
3. Не вміє дружити з однокласниками	4	5	6	7
Кількість проблем [С]	сумма [A1]	сумма [B1]	сумма [A2]	сумма [B2]
[С] 3	[A1] 13	[B1] 13	[A2] 19	[B2] 20
Загальний бал	A1/C 4,3	B1/C 4,3	A2/C 6,3	B2/C 6,6
Зміни у виконанні	A2/C - A1/C 2,0			
Зміни у задоволеності	B2/C - B1/C 2,2			

За результатами вторинного оцінювання, яке проводилось по закінченню експериментальної роботи, ми бачимо покращення результатів. Так бал за Виконання збільшився на 2,0 (A2/ - A1/C), у той час як бал за Задоволеність виконанням збільшився на 2,2 (B2 -B1).

Слід зауважити, що виходячи з результатів діагностування та виявлених проблем виконання діяльності, нами було визначено наступні напрямки нейрокорекційної роботи з дитиною з СДУГ, а саме:

1. робота з тонусом (нейродинамічний фактор, ствольний дефіцит)
2. переключення, контроль, увага, утримання програми, планування психічної діяльності (незрілість 3-го функціонального блоку мозку)
3. зорово - просторовий фактор (незрілість міжпівкульної взаємодії).

Слід зауважити, що для дітей з дефіцитарністю 1-го ФБМ (функціонального блоку мозку) наявні наступні прояви, а саме:

- діти не відразу входять в робочий стан ;
- швидке стомлювання;
- працездатність коливається і скоро згасає;
- письмові завдання незавершені, помилки наприкінці стають грубими і частими;
- підвищення тривожності, з'являються страхи, агресія, тіки;
- синкінезії, химерні пози.

Задля підтримки енергетичного потенціалу дитини (робота з регуляцією тонусу, 1-й ФБМ) нами було впроваджено наступні корекційні дії, а саме:

1. Часта зміна видів діяльності;
2. Регулярне чергування періодів напруженої активної роботи з розслабленням;

3. Зміна довільної та емоційної активації;
4. Дотримання правил однієї труднощі;
5. Заміна суто технічних завдань на доступні творчі;
6. З метою підвищення рівня мозкової активності, формування контролю над власним диханням, зняття психоемоційного напруження було використано дихальні вправи (див. Додаток “Дихальні вправи”);
7. Нейрокорекційна гімнастика (див. Додаток “Нейрокорекційні вправи”);”
8. Самомасаж (див. Додаток “Самомасаж”);
9. Розтяжки (див. Додаток “Розтяжки”);
10. Вправи на напруження та розслаблення (див. Додаток “Вправи на розуміння свого тіла”.

Слід зауважити, що про несформованість 3-го ФБМ свідчать наступні прояви у поведінці дітей з СДУГ, а саме:

1. труднощі планування і планомірного виконання дій (не вмикається в завдання, легко відволікається);
2. не чує мовленнєву інструкцію;
3. зісковзує на спрощення програми;
4. часто не доводить дію до кінця;
5. не звіряє результат зі зразком або задумом;
6. низька мотивація до дії;
7. проблеми соціальної взаємодії;
8. складно дотримується правил;
9. відставання в навчанні;
10. складнощі у поведінці тощо.

Щодо виконання письмових робіт нами було помічено наступні помилки:

- пропуск, або вставка зайвих елементів букв, складів, слів;

- інертне повторення попередніх елементів букв, самих букв, складів, слів;
- злипання двох слів;
- помилки мовного аналізу (недостатнє орієнтування веде до помилок визначення межі речення, виділення слів, звідси відсутність великої літери на початку речення, пропуск точок та злитне написання слів);
- орфографічні помилки (дитина знає правила, але не використовує його, спрощуючи програму).

В мовленні дитини з дефіцитарністю 3-го ФБМ можемо спостерігати наступні труднощі, а саме:

- складнощі розгорнутого висловлювання;
- складнощі побудови монологу;
- нескінченність речень;
- багато слів паразитів;
- складність дотримання теми діалогу (через увагу).

Корекційна робота щодо оптимізації функціонування 3-го блоку мозку була спрямована на активацію факторів розвитку довільної саморегуляції дітей з СДУГ, саме:

1. надання розгорнутої інструкції з боку дорослого, що передбачає поступове формування дитини здатності створювати власну програму поведінки;
2. розпорядок дня з годинником, навпроти кожного виду своєї діяльності;
3. дотримання повсякденного режиму та певних домашніх ритуалів та обов'язків;
4. ритуали поведінки в групі (спочатку важлива чітка повторювана структура заняття, візуальний план на дошці, пісочний годинник тощо);

5. Нейрокорекційні вправи (див. Додаток “Вправи на довільну увагу і саморегуляцію”, “Вправи на причин наслідкові відносини, послідовність”, “Вправи на формування здатності гальмування та переключення реакцій та дій”).

Натомість, під час діагностики також було виявлено слабкість міжпівкульної взаємодії та зорово-просторового фактору, про що свідчать наступні ознаки, такі як:

- недостатність просторових уявлень;
- координаційні помилки (дзеркальність при сприйнятті, написанні букв та цифр);
- порушення сприйняття схеми тіла, координації рухів;
- складнощі при необхідності рухатися та змінювати положення предметів за вербальною інструкцією;
- несформованість домінантної руки, ока, вуха;
- несформованість координації рук і конвергенції очей;
- порушення стратегії копіювання (справа наліво);
- ігнорування лівої половини перцептивного поля.

Корекційна робота з розвитку міжкульової взаємодії та зорово-просторових уявлень відбудовувалась наступним чином:

1. Вправи на розуміння схеми тіла (див. Додаток “Вправи на схему тіла”);
2. Вправи на рухи тіла в просторі (див. Додаток);
3. Графічні диктанти;
4. Зорово-окові вправи;
5. Вправи з м'ячем тощо.

Після проведення програми психологічного супроводу було зроблено повторне діагностування.

Отже, аналізуючи бали, отримані під час першого (діагностичного) та другого (після впровадження програми) зрізу, можемо констатувати

покращення обох показників (виконання діяльності зріс на 2,0 бала, задоволеність виконанням - на 2,2 бали), що дає можливість дістатися висновку щодо доречності впроваджених нейрокорекційних заходів у складі програми психологічного супроводу дитини з СДГУ.

Таким чином, ми можемо зауважити, що прогноз подальшого розвитку та вивчення щодо лікування СДУГ (синдрому дефіциту уваги та гіперактивності) залежить від постійних наукових досліджень, медичних проривів та психологічних відкриттів. Натомість, важливим нами вважається дотримання наступних принципів, а саме:

- 1). Інтегрований підхід до лікування: Прогнозується, що подальші дослідження будуть спрямовані на розвиток і впровадження інтегрованого підходу до лікування СДУГ. Цей підхід передбачає комбінацію фармакотерапії, психологічних терапій, педагогічної підтримки та залучення батьківського середовища.
- 2). Використання новітніх технологій: Прогнозується, що розвиток технологій, таких як віртуальна реальність, мобільні додатки та датчики, буде впливати на подальше вивчення та лікування СДУГ. Наприклад, можливі випробування та використання віртуальної реальності для тренування уваги та керування імпульсивними реакціями. Також, мобільні додатки можуть надавати інструменти для ведення дневників, контролю за лікуванням та моніторингу поведінки учнів з СДУГ.
- 3). Індивідуальний підхід до лікування: Прогнозується, що подальші дослідження будуть спрямовані на розробку та впровадження індивідуалізованих підходів до лікування СДУГ. Це включає урахування факторів, таких як вік, стать, вплив зовнішнього середовища та супутніх порушень. Наприклад, за допомогою генетичного тестування можна визначити варіанти лікування, які найкраще підходять конкретному пацієнту.

4). Підвищення усвідомленості та освіти: Прогнозується, що вивчення та лікування СДУГ будуть активно підтримуватись заходами, спрямованими на підвищення усвідомленості серед громадськості, батьків, вчителів та медичних фахівців. Це може включати проведення освітніх семінарів, розробку інформаційних матеріалів та доступність науково-популярних джерел.

5). Дослідження ролі середовища: Прогнозується, що подальші дослідження будуть акцентуватися на ролі середовища (наприклад, сім'ї, школи, суспільства) у розвитку та лікуванні СДУГ. Це може включати аналіз впливу родинної динаміки, педагогічних підходів та соціального середовища на збільшення або зменшення симптомів СДУГ у дітей та дорослих.

Ці прогнози базуються на дослідженнях та наукових трендах, але слід пам'ятати, що наукова область постійно розвивається, і нові відкриття можуть вносити зміни у прогнози та підходи до лікування СДУГ.

ВИСНОВКИ

В результаті проведеного нами дослідження можна зробити наступні висновки.

1. В результаті аналізу теоретико-методологічної літератури та досліджень нами було виявлено, що розуміння синдрому дефіциту уваги і гіперактивності (СДУГ) розвивалося на протязі багатьох років завдяки праці науковців різних сфер знань, а саме психології, психіатрії, неврології, нейробіології тощо. Так, СДУГ визначається як одне з найпоширеніших психоневрологічних порушень дитинства. Встановлено, що клінічні прояви СДУГ характеризуються трьома основними симптомами: неухважністю, гіперактивністю та імпульсивністю. Так, гіперактивність розглядається як надмірна активність дитини зі слабким контролем спонукань, стан, при якому активність і збудливість людини перевищує норму. Дефіцит уваги - як нездатність утримуватися зосередження на засвоїному матеріалі протягом потрібного часу, розлад розвитку, при якому процеси збудження в головному мозку переважають над процесами гальмування. Симптоми даного порушення поведінки доповнюють один одного. Деякі науковці, досліджуючи емоційну сферу дітей з СДУГ, відмічають також підвищення тривожності, схильності до депресивних реакцій, часто до агресії. Таким чином можна зауважити, що на сьогоднішній день СДУГ має достатньо визначений симптомний комплекс і належить до пограничного медичного та психологічного розладу.

2. Завдяки вивченню науково-теоретичних підходів щодо пояснення причин виникнення СДУГ у дітей було з'ясовано, що нейробіологічні фактори, такі як дисфункція певних мозкових ділянок і неротрансмітерних систем, впливають на розвиток СДУГ. Крім того, генетичні та середовищні чинники також грають важливу роль у появі цього порушення.

Було виявлено наступні теорії етіології СДУГ: нейробіологічна, генетична, токсико-метаболічна, нейропсихологічна, нейроанатомічна. Натомість, з'ясовано, що для ефективного виявлення СДУГ психологи та медичні фахівці використовують різноманітні методи діагностики, а саме: - генетичні дослідження, нейробіологічні дослідження, епідеміологічні дослідження, психологічні дослідження тощо.

Доведено, що методи дослідження допомагають встановити зв'язки між різними факторами ризику та розвитком СДУГ, що може бути використано для розробки стратегій попередження та втручання.

3. Було проаналізовано наукові дослідження та практичний досвід у сфері психологічного супроводу дітей з СДУГ та виявлено, що більшість науковців розуміють супровід як індивідуальну стратегію допомоги, що спрямована на всебічний розвиток задатків і здібностей дитини з СДУГ. Доведено, що психологічний супровід дітей з СДУГ є важливим компонентом комплексного підходу до їхнього лікування та розвитку. Цей супровід спрямований на підтримку психічного, емоційного та соціального благополуччя дитини, має позитивний вплив на їхні академічні досягнення, соціальну адаптацію та самопочуття.

4. Під час експериментальної роботи було констатовано наступні особливості дітей з СДУГ: найбільш порушеними функціями виявилися просторова робоча пам'ять, імпульсивне гальмування і пильність. Такі

функції як гальмівний контроль, виборча і стійка увага, перемикання уваги і швидкість обробки інформації, також виявилися значно погіршеними. Аналіз емпіричних даних виявив, що більшість респондентів має низький і нижче середнього рівень розвитку вищих психічних функцій, а також низьку самооцінку. У більшості досліджуваних учнів виявлено проблеми з опануванням академічних умінь, поведінкою, мотивацією до навчання.

Було визначено логіку емпіричного експерименту, сформована репрезентативна вибірка, розроблено комплекс діагностичних методик, складено програму. Так, експериментальна робота проводилася за наступними етапами, а саме: вибір дослідницького зразка, діагностика, розробка програми психологічного супроводу, проведення експерименту, збір та аналіз даних, висновки та рекомендації.

5. В роботі було досліджено методи та корекційні техніки психологічного супроводу дітей з СДУГ. Так, основними методами психологічного супроводу дітей з СДУГ є психоосвітні тренінги, психотерапевтичні сесії, ігри на комунікацію та розвиток емоційного інтелекту, нейропсихологічна корекційна робота, програма з сенсорної інтеграції, сенсорна дієта, інклюзивні форми групової роботи, психологічна підтримка батьків та співпраця з педагогічним колективом школи тощо.

Подальші дослідження в галузі психологічного супроводу дітей з СДУГ можуть спрямовуватися на розробку більш ефективних та індивідуалізованих підходів до супроводу, вивчення впливу різних методів та програм на розвиток дітей з СДУГ, а також на аналіз психосоціального впливу цього синдрому на дітей та їхні сім'ї, розробка рекомендацій щодо психологічного супроводу дітей з СДУГ з метою поліпшення їхнього навчання та соціальної адаптації.

Висновки дослідження підтверджують важливість психологічного супроводу дітей з синдромом дефіциту уваги і гіперактивності. Цей підхід сприяє покращенню академічних результатів, соціальної адаптації, самооцінки та якості життя взагалі.

Результати досліджень є важливим внеском у наукову базу з даної проблематики і можуть бути використані для подальшого вдосконалення практики психологічного супроводу та лікування дітей з СДУГ.

СПИСКИ ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агріс А.Р., Єгорова О.І., Матвєєва О. Ю., Романова Г. О. Нейропсихологічні та нейрофізіологічні дослідження варіантів синдрому дефіцита уваги та гіперактивності // Сучасна зарубіжна психологія., 2012; 1: С. 6-19.
2. Барияк І. А., Барияк М. Л., Карасєва О. А. Синдром дефіциту уваги і гіперактивності: етіологія, види, психологічна допомога // Вісник ТеДУ Серія “Педагогіка і психологія”. 2020. № 3(52). С. 88-94.
3. Бех І. Д. Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю: діагностика, корекція та попередження. Київ: Видавництво Соломії Павличко, 2015.
4. Вітяєва О. В., Хомік А. А. Діагностика і корекція рухової активності старших дошкільників за методикою М. О. Бернштейна // Корекційно-педагогічна освіта. 2022, №1,- С. 18-26
5. Герасимчук М. В., Колеснікова О. В. Психолого-педагогічний супровід дітей зі синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю. Наукові записки Національного університету "Острозька академія". Серія "Психологія", 1(42), 74-78, 2021.
6. Гіперактивний розлад з дефіцитом уваги у дітей: Порадник для батьків: питання та відповіді про причини, наслідки, методи допомоги / Є. Суковський. - Львів: Левада, 2018. - 135с.

7. Гопін С.В., Хілі Д. М. Нейронні та нейрокогнітивні детермінанти СДУГ // Журнал дитячої та підліткової психотерапії. Т. 10, 2011. Вип. 1. С. 13-31.
8. Гуцало Е.У., (2006), Психологічна допомога гіперактивним дітям. Актуальні проблеми практичної психології, Херсон, 77–80 с.;
9. Далсгаард С., Нільсен Х. С., Сімонсен М. Наслідки використання ліків від СДУГ для дітей // Журнал Економіка охорони здоров'я. 2014. №37. С.137-151.
10. Дмитрієв М. Г., Белов В. Г., Парфьонов Ю. О. Психолого-педагогічне діагностування делінквентної поведінки у складних підлітків. Частина 1-3, СПб.: ЗАО “Поні”, 2010. - 316с.]
11. Довідник діагностичних критеріїв DSM - 5 від Американської психіатричної асоціації / пер. з англ. О. Лисак, М. Прокопович; наук. ред. В. Горбунова та ін. ; Ін-т психічного здоров'я УКУ - Львів: Галицька Видавнича Спілка, 2023. - 536с.
12. Ілляшенко Т. Д. Інтеграція дітей з особливими освітніми потребами у загальноосвітньому навчальному закладі / Т. Д. Ілляшенко // Психолог. – 2009. – № 10. – С. 14-18.
13. Інклюзивне навчання: організаційне, змістове та методичне забезпечення : навчально-методичний посібник / кол. авторів ; за заг. ред. С. П. Миронової. – Кам'янець-Подільський : Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2015. – 236 с.;
14. Жук Т. В., Ілляшенко Т. Д., Луценко І. В. та ін. // За ред. А. Г. Обухівської. – К. : УНМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2016. – 247 с.;

15. Ілляшенко Т. Д. Інтеграція дітей з особливими освітніми потребами у загальноосвітньому навчальному закладі / Т. Д. Ілляшенко // Психолог. – 2009. – № 10. – С. 14-18.
16. Заваденко М. М. Гіперактивність і дефіцит уваги у дитячому віці.: Юрайт. 2018
17. Заваденко М.М., Суворінова Н.Ю., Румянцева М.В. Гіперактивність з дефіцитом уваги: фактори ризику, вікова динаміка, особливості діагностики // Дефектологія. 2003. №6. С. 13-20.].
18. Захворювання нервової системи у дітей: Т. 2. / під. ред. Ж. Айкарді та ін. М.: Видавництво Панфілова; БІНОМ. Лабораторія знань, 2013.
19. Карпа М. І. Особливості групової психокорекційної роботи з сиблінгами неповносправних дітей / М. І. Карпа // Теоретичні і практичні аспекти дитячої та юнацької психотерапії: матеріали регіональної науково-практичної конференції. – Львів, 2005. – С. 16-18.
20. Сучасні технології збереження здоров'я учнів у діяльності психологічної служби і психолого-медико-педагогічних консультацій : [Посіб.] / авт. кол.: А. Г. Обухівська, Т. В. Жук та ін.; за ред. А. Г. Обухівської – К. : УНМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2016 – 218 с.].
21. Квашніна Л. В., Майдан І. С. Гіперактивні діти: підходи до корекції у педіатричній практиці // Здоров'я України, Квітень 2010, С. 6-8 .
22. Концепція розвитку інклюзивної освіти [Електронний ресурс] : наказ Міністерства освіти і науки України від 01.10.2010 № 912 // Міністерство освіти і науки України : [сайт]. – Текст. дані. – Київ, 2017. – Режим доступу : http://ru.osvita.ua/legislation/Ser_osv/9189.
23. Керівництво з дитячій неврології. 3-є вид. / під ред. Гузевой В. І.: Видавництво “Медичне інформативне агентство”, 2009. 640 с.

24. Кисла О.Ф., (2016), Корекційна педагогіка, «Кондор», Київ, 320 с.;
25. Лист Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України № 1/9-384 від 18.05.2012 р. «Організація навчально-виховного процесу в умовах інклюзивного навчання».
26. Луценко І. В. Психологічний супровід дитини з особливими освітніми потребами в умовах інклюзивного навчання / І. В. Луценко // Практичний психолог: Школа. – 2013. – № 10. – С. 4-15.;
27. Макадей Л.І. Теоретико-методологічні підходи до організації комплексного психолого-педагогічного супроводу дітей із ЗПР// Вісник Ставропольського державного університету. №73, 2011. С. 143-148.
28. Методики нейропсихологічного обстеження дітей 6-9 років. Додатки: протоколи обстеження / під. ред. Ахутіної Т. В. : Видавництво В. Секачов, 2019. - 28с.]
29. Методичні рекомендації з практичних занять з дисципліни “Основи ерготерапії” / Укладач: к.н.з фіз. вих. і спорту, доцент Сабадош М. В., Ужгород, 2023. 47 с.^ С. 19-25
30. Моніна Г.Б., Лютова-Робертс Є.К., Чуйко Л.С. Гіперактивні діти: Психолого-педагогічна допомога. Монографія. - СПб.: Мова. 186 с.. 2007.
31. М'ясоїд П. А., (2000), Загальна психологія, «Вища школа», Київ, 479 с.;
32. Набойченко О. С., Абшилова Е. Ф. Етіологія, патогенез та клінічні прояви синдрому дефіциту уваги та гіперактивності в різні періоди онтогенезу // Пед. Освіта. 2016. № 1. С. 183-187.
33. Науково-методичні засади діяльності психологічної служби: навчально-методичний посібник / в 2 т. / Т.1 // За ред. В. Г. Панка, І. І. Цушка. – К. : Ніка-Центр, 2005. – 328 с.

- 34.Обухівська А. Психологу про дітей з особливими потребами у загальноосвітній школі / Антоніна Обухівська, Тамара Ілляшенко, Тамара Жук. – К. : Редакція загальнопед. газет, 2012. – 128 с.
- 35.Павлова В. А. Синдром дефіциту уваги та гіперактивності: діагностика та психологічна корекція. Київ: Видавництво Києво-Могилянської академії, 2017.
- 36.Панок В., (2006), Основи практичної психології, «Либідь», Київ, 536 с.;
- 37.Петрюк І. М., (2007), Гіперактивність та дефіцит уваги в дитячому віці як фактор шкільної дезадаптації / І. М. Петрюк // Міжнародна науково-практична конференція «Транс- 9 формація особистості в умовах соціально-політичних та економічних змін», Чернівці, 534 с.
- 38.Положення про психологічну службу системи освіти України [Електрон. ресурс] : Наказ Міністерства освіти і науки України від 03.05.99 № 127 (у редакції наказу Міністерства освіти і науки України від 02.07.2009 № 616) // Міністерство освіти і науки України : [сайт]. – Текст. дані. – Київ, 2017. – Режим доступу : mon.gov.ua/ua/about-ministry/normative/159
39. Положення про спеціальні класи для навчання дітей з особливими освітніми потребами у загальноосвітніх навчальних закладах [Електрон. ресурс] : наказ Міністерства освіти і науки України від 09.12.2010 № 1224 // Міністерство освіти і науки України : [сайт]. – Текст. дані. – Київ, 2017. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z1412-10.>
- 40.Про визначення завдань працівників психологічної служби системи освіти в умовах інклюзивного навчання [Електрон. ресурс] : лист Міністерства освіти і науки України від 02.01.2013 № 1/9-1 // Міністерство освіти і науки України : [сайт]. – Текст. дані. – Київ, 2017. – Режим доступу : old.mon.gov.ua/img/zstored/files/1-9-1.doc.

- 41.Про затвердження Положення про інклюзивно-ресурсний центр : постанова Кабінету Міністрів України від 12 липня 2017 року № 545 // Кабінет Міністрів України: [сайт]. – Текст. дані. – Київ, 2017. – <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/545-2017-%D0%BF>.]
- 42.Про організацію психологічного і соціального супроводу в умовах інклюзивного навчання [Електрон. ресурс] : лист Міністерства освіти і науки України від 26.07.2012 № 1/9-529 // Міністерство освіти і науки України : [сайт]. – Текст. дані. – Київ, 2017. [old.mon.gov.ua/img/zstored/files/1_9-529\(2\).doc](http://old.mon.gov.ua/img/zstored/files/1_9-529(2).doc).;
- 43.Психолого-педагогічний супровід сім'ї у роботі психолого-медико-педагогічних консультацій : [Електрон. ресурс] / авт. кол. : С. І. Васильковська, Т. В. Жук, Т. Д. Ілляшенко та ін.; за ред.. А. Г. Обухівської. – К. : Український НМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2015. – 66 с.
- 44.Рачова Н. Соціально-педагогічний супровід дітей з особливими потребами / Н. Рачова // Дефектолог. – 2009. – № 10. – С. 4-8.;
- 45.Романовська Д. Д. Психологічний супровід процесу інтеграції у суспільство дітей з особливими потребами / Д. Д. Романовська // Психологічний та соціально-педагогічний супровід навчання і виховання «особливої дитини» у школі: Метод. посібник / за ред. Д. Д. Романовської, С. І. Собкової. – Чернівці : Технодрук, 2009. – С. 104-109.
46. Садовська Ю. Є., Блохин Б. М., Троїцька Н. Б., Бітова Г. Л. Порухення сенсорної обробки у дітей // Лікувальне діло - 2010. - №4. - С. 24-28.
- 47.Сімерницька Е. Г. Нейропсихологічна методика експрес-діагностика "Лурія-90".<https://osobluvadutuna.com.ua/exercise?id=2154>],

- 48.Скрипнік М. В. Особливості психологічного супроводу дітей з синдромом дефіциту уваги та гіперактивністю. Психологічний журнал, 3(12), 117-124, 2019.
- 49.Сучасні технології збереження здоров'я учнів у діяльності психологічної служби і психолого-медико-педагогічних консультацій : [Посіб.] / авт. кол.: А. Г. Обухівська, Т. В. Жук та ін.; за ред. А. Г. Обухівської – К. : УНМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2016 – 218 с.
- 50.Сьоміна М.В., Чинчикова А.І. Психологічний супровід дитини з синдромом дефіциту уваги та гіперактивністю // Національна асоціація вчених (НАУ), 2015. №4. С. 150-153.
51. “Тест Струпа” Методичні розробки : "Тест Струпа" [Ілюстрації. Психологія <https://vseosvita.ua/library/metodychni-rozrobky-test-strupa-575598.html>
- 52.Тохтамиш О. М. Дитяча гіперактивність: виникнення, розвиток, методи психосоціальної допомоги / О. М. Тохтамиш // Актуальні проблеми психології. – К., 2005. – Т. 1. – –156.]:
- 53.Ульянова І.В., Свилярьова О.В. Особливості педагогічного супроводу навчаються в контексті різних педагогічних підходів //Сучасні проблеми науки і освіти. 2015. №4.
- 54.Фрідман Г., Чейєтт С. Перемога над СДУГ. Ігрова методика для підлітків та юних дорослих з синдромом дефіцит увагі та гіперактивності / Г. Фрідман - ІГ “Весь”, 2019
- 55.Хомич Т. В. Структура та особливості розвитку дітей з синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю. Педагогічна психологія і психологія розвитку, 23(2), 122-134, 2017.

56. Чайковський М. Є. Соціально-педагогічна робота з молоддю з особливими потребами в інклюзивному освітньому просторі : [монографія] / М. Є. Чайковський. – К. : Університет «Україна», 2015. – 436 с.
57. Чутко Л.С., Сурушкіна С.Ю., Нікішена І.С., Яковенко О. О., Рожкова О.В. Прояв астенії у підлітків з синдромом дефіциту уваги та їх лікування // Журнал неврології та психіатрії. 2015; 5(2), С. 42-45.
58. [Чутко Л. С., Сурушкіна С. Ю. Типи порушення уваги у дітей і пов'язані з ними розлади поведінки // Журнал Неврологія і психіатрія ім. С.С. Корсакова. 2020; 120 (2); С.120-124
59. Єськова, А.О. Психологічні особливості виявлення та подолання гіперактивності у дітей старшого дошкільного та молодшого віку, (2006), Слов'янськ, 248 с.;
60. Як зробити школу інклюзивною. Досвід проектної діяльності : Методичний посібник / Канадсько-український проект «Інклюзивна освіта для дітей з особливими освітніми потребами в країні // Уклад. С. Єфімова. – К. : ТОВ «Видавничий дім «Плеяди», 2012. – 152 с.
61. Ahmadi N, Mohammadi MR, Araghi S., Zarafshan H. Neurocognitive Profile of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorders (ADHD): A comparison between subtypes. Iran J Psychiatry. 2014;9(4): 197-202.
62. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
63. Banaschewski T, Becker K, Döpfner M, Holtmann M, Rösler M, Romanos M. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Dtsch Arztebl Int. 2017;114(9):149-159. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0149>
64. Barkley, R. A. Journal of attention disorders, 2006 -journals.sagepub.com

65. Barkley RA, Fischer M. Hyperactive Child Syndrome and Estimated Life Expectancy at Young Adult Follow-Up: The Role of ADHD Persistence and Other Potential Predictors. *J Atten Disord.* 2019;23(9):907-923. <https://doi.org/10.1177/1087054718816164>
66. Díaz-Orueta, U., García-López, C., Crespo-Eguílaz, N., Sánchez-Carpintero, R., Climent, G., Narbona, J., & Tárraga-Mínguez, R. (2014). AULA virtual reality test as an attention measure: Convergent validity with Conners' Continuous Performance Test. *Child Neuropsychology*, 20(3), 328-342.
67. Douglas, V. I. (2005). Cognitive Deficits in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Long -Term Follow up. *Canadian Psychology /Psychologie canadienne*, 46(1), 23-31.
68. DuPaul, G. J., & Stoner, G. (2014). *ADHD in the schools: Assessment and intervention strategies* (3rd ed.). Guilford Press.
69. Evans, S. W., Owens, J. S., & Bunford, N. (2014). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43(4), 527-551.
70. Fabiano, G. A., Pelham Jr, W. E., Coles, E. K., Gnagy, E. M., Chronis-Tuscano, A., & O'Connor, B. C. (2009). A meta-analysis of behavioral treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical psychology review*, 29(2), 129-140.
71. Halperin, J. M., Marks, D. J., Bedard, A. C., Chacko, A., Curchack, J. T., & Yoon, C. A. (2013). Training executive, attention, and motor skills: A proof-of-concept study in preschool children with ADHD. *Journal of attention disorders*, 17(8), 711-721.
72. Jensen, P. S., & Kenny, D. T. (Eds.). (2009). *The evidence-based practice of child and adolescent psychiatry*. John Wiley & Sons.

73. Kranowitz, C. S. (2006). *The out-of-sync child*. A Skylight Press Book, 271.
74. Leung P, Connolly KJ. Attentional difficulties in hyperactive and conduct disordered children: A processing deficit. *J Child Psychol Psychiatr.* 1994;35:1229-1245. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1994.tb01231.x>
75. «LURIA — NEBRASKA NEUROPSYCHOLOGICAL BATTERY»: a manual for clinical and exper. uses. Lincoln, NEBR. Univers. 1980. [Golden C., Hammekei T. a. Purisch A Milich R. ADHD combined type and ADHD predominantly inattentive type are distinct and unrelated disorders. *Clin Psychol: Science and Practice.* 2006;8:463-488. <https://doi.org/10.1093/clipsy.8.4.463>
76. Milich R. ADHD combined type and ADHD predominantly inattentive type are distinct and unrelated disorders. *Clin Psychol: Science and Practice.* 2006;8:463-488. <https://doi.org/10.1093/clipsy.8.4.463>
77. National Institute for Health and Care Excellence. (2018). Attention deficit hyperactivity disorder: Diagnosis and management. NICE guideline [NG87]. Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/ng87>
78. Power, T. J., Mautone, J. A., Soffer, S. L., & Clarke, A. T. (2013). Multimodal treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review of the evidence. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 22(4), 851-876.
79. Raggi, V. L., & Chronis-Tuscano, A. (2015). Psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 24(1), 57-72.
80. Sayal K, Prasad V, Daley D, Ford T, Coghill D. ADHD in children and young people: prevalence, care pathways, and service provision. *Lancet*

Psychiatry.2018;5(2):175-186.

[https://doi.org/10.1016/S2215-](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30167-0)

[0366\(17\)30167-0\]](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30167-0)

81. Sonuga-Barke, E. J. S., Brandeis, D., Cortese, S., Daley, D., Ferrin, M., Holtmann, M., ... & European ADHD Guidelines Group. (2013). Nonpharmacological interventions for ADHD: Systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials of dietary and psychological treatments. *American Journal of Psychiatry*, 170(3), 275-289.
82. Safren, S. A., Sprich, S., Mimiaga, M. J., Surman, C., Knouse, L., Groves, M., & Otto, M. W. (2010). Cognitive behavioral therapy vs relaxation with educational support for medication-treated adults with ADHD and persistent symptoms: A randomized controlled trial. *JAMA*, 304(8), 875-880.
83. van Doren, J., Arns, M., Heinrich, H., & Vollebregt, M. A. (2019). Sustained attention training for children with ADHD: A randomized controlled trial. *Brain and Behavior*, 9(9), e01357.
84. Wilmshurst, L., *Attention deficit /Hyperactivity disorder* / L. Wilmshurst // "Essentials of Child Psychopathology". - N. Y.: John Wiley & Sons, 2005. -Part 4.

ДОДАТКИ

Додаток А.1.

Опитувальник для батьків

Діагностичний чек-лист для дитини віком 6 років

ПІБ _____

Вік _____

№ п-п	Норматив	Виконує	Не виконує
1	<p>Ходить швидко, повільно, спиною вперед, в тому числі по лінії. Бігає по нерівному рельєфу, змінюючи швидкість, долаючи невеликі перешкоди (перестрибуючи). Стрибає на двох ногах, на одній нозі, чергуючи ноги. Стрибає в довжину. Стрибає зі скакалкою. Стрибає через мотузочку. Катається на двоколісному велосипеді,</p>		

	катається на ковзанах, грає в хокей, катається на лижах.		
2	Демонструє постійність з перевагою руки при виконанні певних дій (малювання, письмо)		
3	Пальцевий гнозис: впізнає, показує, називає всі пальці в 7 років		
4	З 6 років здатний ПОВІЛЬНО виконувати альтернуючі рухи рук.		
5	Моторні навички рук: малювання ліній, зафарбовування між лініями, вирізання ножицями, складання кубиків		
6	Роздягається без сторонньої допомоги, розстібає гудзики (з 6 років).		
7	Зав'язує шнурки (з 6 років)		
8	Копіює малюнки: коло, трикутник, грецький хрест		

9	Може намащувати ножом масло на хліб		
10	Кінестезія - відчуття напрямку руху, самого руху і положення - в 5-7 років активно формується, дозріває до 8-9 років.		
11	Активно дозріває стереогноз (визначення на дотик знайомих предметів)		
12	З 6 років - право - ліва орієнтація у власному тілі. З 9 років право - ліва орієнтація в тілі іншого, навпроти сидячого.		
13	Вистукує ритм		
14	До 6-7 років повинна сформуватися система сенсорних еталонів		
15	До старшого дошкільного віку обстеження предметів набуває характеру експериментування, обстежувальних дій, послідовність яких визначається не зовнішніми враженнями дитини, а поставленим перед ними завданням, змінюється характер орієнтовно-		

	дослідницької діяльності. Від зовнішніх практичних маніпуляцій з предметом діти переходять до ознайомлення з предметом на основі зору і дотику.		
16	Гра: основа ігрової взаємодії - правила рольової поведінки - спільна побудова сюжету, послідовне його розгортання		

Додаток А.2.

Аркуш спостереження за проблемними проявами поведінки

Прізвище, ім'я дитини _____

Дата спостереження _____

Обставини, за яких розпочались прояви	Приміщення
	Час
	Рівень шуму
Що передувало цій поведінці	
Суть самої поведінки	
Припущення, що дитина прагнула досягти	

Додаток А. 3.

Опитувальник для батьків

Діагностичний чек-лист для дитини віком 7 років

ПІБ _____

Вік _____

ПОКАЗНИ- КИ		Так	Ні
Моторний розвиток	<ol style="list-style-type: none"> 1. Може швидко перебудовуватися під час руху, вирівнюватися в колоні, шерензі, колі. 2. Може виконувати ритмічні рухи у вказаному темпі. 3. Може кататися на лижах, ковзанах, самокаті, триколісному велосипеді. 4. Вчиться плавати без підтримки, грати в бадмінтон, теніс. 5. Добре вміє працювати з різними матеріалами - папером, картоном, тканиною. 6. Вкладає нитку в голку, пришиває гудзики. 7. Може використовувати пилку та молоток. 		
Сенсорний розвиток	<ol style="list-style-type: none"> 1. Правильно називає прості та складні геометричні форми. 2. Правильно вказує основні відмінності геометричних фігур. 3. При малюванні правильно використовує не тільки 		
Розумовий розвиток	<ol style="list-style-type: none"> 1. Володіє прямим і зворотним рахунком в межах 10, вирішує найпростіші завдання додавання і віднімання. 2. Диференціює кількість незалежно від форми, величини; узагальнює методом виключення, 		

	<p>мотивує.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Чітко встановлює причинно-наслідкові зв'язки, виділяє значну ланку. 4. Володіє великим запасом слів, мовою граматично оформлено, знає букви, читає склади. 		
Ігрова діяльність	<ol style="list-style-type: none"> 1. Створює план гри, вдосконалює задум, віддає перевагу ігровим іграм. 2. Під час гри він узагальнює та аналізує свою діяльність. 3. Гра може тривати кілька днів. 4. Віддає перевагу груповим іграм. 		
Поведінка	<ol style="list-style-type: none"> 1. Відчуває складні моральні переживання за свої та чужі вчинки. 2. Здатний критично аналізувати риси характеру та взаємини людей. 3. Першим вітається з дорослим, дякує, поступається місцем, дбайливо ставиться до речей. 		
Навички	<ol style="list-style-type: none"> 1. Виконує індивідуальні доручення, формуються трудові навички - прибирає кімнату, доглядає за квітами. 2. Здатний критично аналізувати риси характеру. 3. Хлопчики вміють користуватися молотком, пилкою, рубанком. 		

2. Похідні шкали:

- показник внутрішніх проблем;
- показник зовнішніх проблем.

Інструкція: Вам поданий список тверджень, що описують поведінку дітей.

Якщо даний пункт відповідає поведінці даної дитини повністю, то поставьте, будь ласка, відмітку в графі відповідей “так”.

2. Якщо даний пункт описує поведінку дитини лише певним чином або спостерігається тільки іноді, поставьте відмітку в графі “ні”.

Додаток А.4.

Модифікований опитувальник Т. Ахенбаха

Опитувальник Т. Ахенбаха дозволяє виявляти особливості порушень поведінки за двома групами шкал:

1. Первинні шкали:

- замкнутість;
- соматичні проблеми;
- тривожність;
- порушення соціалізації;
- глибина порушень мислення;
- проблеми з увагою та гіперактивність;
- делінквентна поведінка;
- агресія.

цифру 1.

I, нарешті, якщо даний пункт взагалі не відповідає поведінці дитини, обведіть цифру 0.

0 – взагалі не відповідає поведінці дитини (наскільки мені відомо); 1 – певним чином відповідає (іноді);

2 – повністю відповідає (завжди).

№ з/п	Твердження	Бали
1.	Віддає перевагу самотності	(0,1,2)
2.	Відмовляється розмовляти	(0,1,2)
3.	Скритна, тримає все в собі	(0,1,2)

4.	Сором'язлива та несмілива	(0,1,2)
5.	Ображається, вразлива	(0,1,2)
6.	Недостатньо активна та енергійна	(0,1,2)
7.	Нещасна, похмура, пригнічена	(0,1,2)
8.	Замкнута в собі, не вступає в контакт з іншими	(0,1,2)
9.	Гризе нігті	(0,1,2)
10.	Нервові рухи та тіки	(0,1,2)
11.	Часто виникають зпаморочення	(0,1,2)
12.	Перевтомлена	(0,1,2)
13.	Має зайву вагу	(0,1,2)
14.	Має проблеми, пов'язані зі здоров'ям, медична причина яких невизначена: а) тілесні болі (не включаючи головні) б) головні болі. в) нудота, нездужання. г) проблеми з очима. Опишіть, будь ласка. д) висипи або інші шкірні захворювання. е) болі в животі або судоми. є) блювота. ж) інші фізичні проблеми. Опишіть, будь ласка.	(0,1,2) (0,1,2) (0,1,2) (0,1,2) (0,1,2) (0,1,2) (0,1,2)
15.	Колупається в носі, часто торкається деяких частин тіла, свербіж. Наведіть приклади.	(0,1,2)
16.	Боїться, що може подумати або зробити щось погане.	(0,1,2)
17.	Вважає, що завжди має бути найкращою.	(0,1,2)
18.	Дитині здається, що її ніхто не любить.	(0,1,2)
19.	Дитині здається, що інші люди хочуть їй дошкулити або заподіяти шкоду.	(0,1,2)
20.	Почувається неповноцінною, нікчемною.	(0,1,2)
21.	Беззастережно підкоряється правилам і інструкціям.	(0,1,2)
22.	Надмірно боязка та тривожна.	(0,1,2)
23.	Вважає себе винною в усьому.	(0,1,2)
24.	Постійно боїться помилитися.	(0,1,2)

25.	Сором'язлива, легко соромиться.	(0,1,2)
26.	Болісно реагує на критику.	(0,1,2)
27.	Підозріла.	(0,1,2)
28.	Весь час намагається догодити, підлещується.	(0,1,2)
29.	Скиглить.	(0,1,2)
30.	Схильна до схвильованості, стурбованості.	(0,1,2)
32.	Занадто залежить від дорослих, несамостійна.	(0,1,2)
33.	Скаржиться на самотність.	(0,1,2)
34.	Багато плаче.	(0,1,2)
35.	Не знаходить спільну мову з іншими дітьми.	(0,1,2)
36.	Часто отримує забиття, фізичні травми.	(0,1,2)
37.	Дитину часто дразнять.	(0,1,2)
38.	Її не люблять інші діти.	(0,1,2)
39.	Віддає перевагу грі з молодшими дітьми.	(0,1,2)
40.	Не може звільнитися від нав'язливих думок. Опишіть, будь ласка.	(0,1,2)
41.	Навмисне каліцтво	(0,1,2)
42.	Боїться деяких тварин, ситуацій або місць	(0,1,2)
43.	Чує звуки або голоси, які, крім неї, ніхто не чує. Опишіть, будь ласка.	(0,1,2)
44.	Знову і знову повторює одні й ті ж дії, рухи (наприклад, смикає гудзик, перевіряє, чи закриті двері і т.д.). Опишіть, будь ласка.	(0,1,2)
45.	Бачить те, що, крім неї, ніхто не бачить. Опишіть, будь ласка	(0,1,2)
46.	Поводиться дивно. Опишіть, будь ласка, в чому це проявляється	(0,1,2)

47.	Має дивні ідеї. Опишіть, будь ласка, які.	(0,1,2)
48.	Поведінка не відповідає віку.	(0,1,2)
49.	Бурмоче, м'ямлить, видає дивні звуки під час заняття.	(0,1,2)
50.	Не доводить до кінця розпочате.	(0,1,2)
51.	Не може сконцентруватися, утримувати свою увагу на чомусь одному.	(0,1,2)
52.	Не може всидіти на місці, невтомна, надмірно активна.	(0,1,2)
53.	Неорганізована, розсіяна.	(0,1,2)
54.	Крутиться, совається на місці.	(0,1,2)
55.	Багато вигадує, занурена у свої думки.	(0,1,2)
56.	Важко дотримується вказівок та інструкцій.	(0,1,2)
57.	Нестримана, імпульсивна, діє необдуманно.	(0,1,2)
58.	Нервова, чутлива, напружена.	(0,1,2)
59.	Має труднощі з засвоєння матеріалу.	(0,1,2)
60.	Апатична, ні в чому не зацікавлена.	(0,1,2)
61.	Рухи погано скоординовані, незграбні.	(0,1,2)
62.	Неакуратна.	(0,1,2)
63.	Неуважна, легко відволікається.	(0,1,2)
64.	З байдужим поглядом дивиться кудись або на щось.	(0,1,2)
65.	Не реалізує свої можливості.	(0,1,2)
66.	Неохайна.	(0,1,2)
67.	Поводить себе як дитина протилежної статі. Опишіть, будь ласка.	(0,1,2)
68.	Не відчуває себе винною, навіть якщо зробила щось погане.	(0,1,2)
69.	Товаришує з іншими дітьми, які часто потрапляють у неприємні історії або навіть зпричиняють їх.	(0,1,2)
70.	Обманює.	(0,1,2)
71.	Віддає перевагу грі з дітьми більш старшого віку.	(0,1,2)

72.	Крадіжки.	(0,1,2)
73.	Поводить себе зухвало.	(0,1,2)
74.	Хвалиться, задається.	(0,1,2)
75.	Жорстока, задириста, поводить себе злісно по відношенню до інших.	(0,1,2)
76.	Любить, щоб на неї звертали увагу.	(0,1,2)
77.	Навмисно ламає і знищує свої іграшки, книги, речі.	(0,1,2)
78.	Навмисно ламає і знищує речі, що належать батькам, членам родини та іншим людям.	(0,1,2)
79.	Порушує поведінку в школі.	(0,1,2)
80.	Відволікає інших дітей.	(0,1,2)
81.	Дитина ревнива. Поводить себе непередбачувано.	(0,1,2)
82.	Вплутується в бійки.	(0,1,2)
83.	У розмові або на занятті перебиває інших.	(0,1,2)
84.	Порушує дисципліну під час заняття.	(0,1,2)
85.	Криклива.	(0,1,2)
86.	Вимагає, щоб її вимоги негайно виконувалися, легко засмучується і виходить з себе.	(0,1,2)
87.	Вперта, похмура і дратівлива.	(0,1,2)
88.	Раптові зміни настрою.	(0,1,2)
89.	Надмірно балакуча.	(0,1,2)
90.	Запальна, легко «виходить» з себе.	(0,1,2)
91.	Занадто галаслива, говорить занадто голосно.	(0,1,2)

Первинні шкали:

- замкнутість: 1-8;
- соматичні проблеми: 9-15;
- тривожність: 16-30;
- порушення соціалізації: 31-38;
- глибина порушень мислення: 39-46;
- проблеми з увагою та гіперактивність: 47-65;

- делінквентна поведінка: 66-71;
 - агресія: 72-92.
- Похідні шкали:
- показник внутрішніх проблем; - показник зовнішніх проблем.

Додаток А.5.

Стрибковий тест

(Садовської Ю.Є.)

1. Пальце - носова проба з закритими очима.
2. Пальце - вказівна проба: з відстані 50 см з відкритими очима дитина повинна по черзі кожним пальцем, спочатку однієї руки, потім іншої. Потім теж саме з закритими очима по пам'яті (причини помилок - порушення зорово - моторної координації, мозочкова дисфункція, вестибулярна дисфункція (при закритих очах).

Пальці - носову і пальці - вказівну пробу можна комбінувати, попросивши дитину доторкатися поперемінно до свого носа і до пальця експериментатора.

3. Тест слідування за пальцем: дитину просять тримати кінчик свого пальця близько (1 см) до рухомого пальця дорослого.
4. Протиставлення пальців кисті великому пальцю: оцінюється ритмічність, швидкість, якість, ступінь точності з відкритими і закритими очима, супутні рухи в тій же руці, дзеркальні рухи в іншій руці, порівнюються рухи лівої і правої руки.

5. Тест пальці - пальцевого дотику: дитина тримає одну руку напівзігнуту в горизонтальному положенні з витягнутим вказівним пальцем перед середньою лінією тулуба і намагається торкнутися його вказівним пальцем іншої руки, спочатку з відкритими, потім із закритими очима (причини помилок - соматогнозис (кінестетична пропріоцептивна інформація), порушення периферичної іннервації, функції мозочка).

Додаток А.6.

Проби Хеда - Піаже

(на орієнтацію в просторі власного тіла)

З 6 років: Покажи твоє праве вухо, ліве коліно і т.д.

Покажи правою рукою ліве око.

З 9 років: 1. покажи, де у мене ліве вухо, права рука.

2. роби, як я: я правою рукою, і ти правою рукою, я лівою, і ти лівою (просторовий перенос повинен бути автоматизований)

3. Перетин середньої лінії тіла (за показом з автоматичним просторовим перенесенням) - Л рука - П око - П вухо і т.д.

З 6 років проводиться тест Лурія О.Р. (див. методику Цветкової Л.С. і Садовської Ю.Є.)

Додаток А.7.**Тест**

на реципркнху координацію (Озерецького) - досліджується міжпівкульна взаємодія, кінетичний праксис, регуляторний праксис; на дворучну координацію (дозрівання мозолистого тіла і тім'яної частки)

З 7-8 років - дворучні альтернуючі (alterno - чергуватися: обидві кисті вправо або обидві вліво) рухи (альтернуюче відкривання - закривання кистей важче і формується пізніше - з 7-8 років ніж дворучна альтернуюча супінація (долоня або кулак дивиться вгору, поворот назовні - пронація - долоня або кулак дивиться вниз, поворот всередину (з 6 років), альтернуючий діадохокінез - з 6 років - долоня однієї руки повернута вниз, іншої руки вгору, одночасна зміна положень, можна під рахунок.

Важливо: встановити строго певну локалізацію можливо не завжди, тому що здійснення нейропсихологічних функцій пов'язано з активацією багатьох мозкових систем, крім того, під час онтогенезу відбувається перебудова мозкових механізмів.

Додаток А.8.**Тест**

на ідеомоторний праксис (автоматизована візуально - кінестетична програма) - (Ч. Ньюкіт'єн).

Дитина сидить у вільній позі, руки на колінах або вздовж тіла.

«Зобрази, як будеш здійснювати дію з уявним предметом» (без показу)

1. зачісатися гребінцем.
2. почистити зуби зубною щіткою.
3. Поїсти ложкою.
4. Відкрити двері ключем.
5. взяти хліб і нарізати його скибками.
6. взяти цвях і забити його молотком.

Фіксується якість виконання кожного завдання і якою рукою діяла дитина.

Оцінюється кожне завдання окремо, зазначається рука. (права, ліва)

1 бал - символічна дія.

2 бали - як 1, але не цілком точно.

3 бали - примітивна дія, тіло використовується як інструмент.

4 бали - дія невпізнання.

5 балів - немає реакції, відмова.

У 6 і 7 років виконують 4 дії на символічному рівні, 8 і 9 років - повинні зробити 5 завдань.

Дослідження ритмічності.

Додаток А.9.

**Діагностика рівневої організації рухів за Бернштейном М. О. у дітей з
6 років.**

Рівень А.

Стоять з відкритими очима протягом 10 сек. піднята нога зігнута під прямим кутом в коліні, стегно зігнутої ноги - паралельно стегну опорної ноги, злегка відведено, гомілка паралельна підлозі, носок стопи дивиться в підлогу, руки по швах. 30 сек перерва. Те ж на іншій нозі.

Тест вважається невиконаним, якщо дитина опустила підняту ногу; якщо хоча б 1 раз торкнувся підлоги піднятою ногою, зійшов з місця, підстрибував, балансував, піднімався на пальцях ноги.

Допускається повтор не більше 2 разів для кожної ноги.

Рівень В.

1. Стрибання з місця через мотузку, натягнуту на висоті 20 см від підлоги - згинати обидві ноги в колінах і одночасно відривати їх від підлоги. З 3 спроб 2 вдалі (перестрибнути, не зачепивши мотузку, не впавши, не торкнувшись руками підлоги).
2. Тест Волкової Г.А.: марширувати, чергую кроки і хлопки.
3. Виконати підряд 6 плавних присідань, не торкаючись п'ятами підлоги, для дошкільнят - 3 присідання - слід відзначити напругу, розгойдування, балансування, постановку ніг на вю ступню.
4. Тест для діагностики підкіркового ритму:
 - марширувати в заданому темпі без звукового супроводу (20 кроків);
 - марширувати під відповідну музику (повільно, в середньому темпі, швидко, 20 кроків);
 - відхлопувати ритм за зразком в повільному, середньому і швидкому темпі (20 бавовнів: 10 хлопків - пауза- 10 хлопків);
 - присідати в такт простої танцювальної музики (напр., "Ой, у лузі калина" 10 раз);
 - розгойдуватися або робити маятникові рухи в такт колисковій музиці (15-20 рухів).

Рівень С.

Креслення вертикальних ліній на аркуші в лінійку між горизонтальними лініями по звуковому сигналу протягом 15 сек провідною рукою (не менше 20 ліній - норма), 30 сек перерва і іншою рукою те ж саме (не менше 12 ліній). Інтервали можуть бути неоднаковими.

Рівень D.

Повторити за дорослим серію з 3 рухів.

З 7 років - з 4 рухів.

З 9 років - 6 рухів.

Рівень Є.

Дитина ходить в зручному темпі по кімнаті, одночасно з ходьбою взяти в ліву руку котушку і змотувати з неї нитку, намотуючи на вказівний палець правої руки протягом 15 сек, 5-10 сек перерву, потім те ж саме др рукою 15 сек.

Тест вважається невиконаним, якщо більше 3 разів змінював темп або робив неоднаково.

Додаток В.1.**Пам'ятка для батьків дитини з СДУГ**

1. Набути підтримки (психолог, друзі, родичі)
2. Звертатися по допомогу
3. Розподіляти обов'язки

4. ставити маленькі цілі (великі цілі поділяти на етапи)
5. Брати паузи (відпочивати)
6. Не намагатися встигнути все
7. Працювати з почуттям провини
8. Практики свідомого дихання
9. Психотерапія
10. Медитації
11. Заняття спортом (йога, плавання та ін.)
12. Арт терапія
13. Прогулянки на свіжому повітрі

Додаток В.2.

Пам'ятка вчителю для роботи з гіперактивними дітьми у групі

1. Давати завдання на початку дня, а не ввечері;
2. Поділяти роботу на коротші, але частіші періоди;
3. Використовувати фізкультхвилинки, паузи, переключати увагу;
4. Бути драматичним, експресивним педагогом;
5. Знизити вимоги до акуратності на початку роботи, щоб сформувати почуття успіху;
6. Посадити дитину під час занять поруч із дорослим;
7. Використовувати тактильний контакт (елементи масажу, дотику, погладжування);
8. Заздалегіть домовлятися з дитиною про певні дії;
9. Давати короткі і чіткі, конкретні інструкції;
10. Використовувати гнучку систему заохочень і покарань;

11. Заохочувати дитину одразу, не відкладаючи на майбутнє;
12. Давати дитині можливість вибору;
13. Залишатися спокійним
14. При епатажній поведінці необхідно привчати дитину дотримуватись командних правил;
15. Заохочувати до виступів перед групою, створювати ситуацію успіху і акцентувати увагу навіть на незначних перемогах (з метою підвищення самооцінки та статусу в колективі).

Додаток С.1.

Корекційні нейропсихологічні вправи для дітей молодшого шкільного віку за методом заміщаючого онтогенезу

З 5 років активно використовується нейропсихологічна корекція, наприклад, метод заміщаючого онтогенезу.

Вправи на рухи всього тіла:

- ходьба по піднесеній дошці з яйцем в ложці,
- по колоді боком приставним кроком,
- спиною вперед по складній траєкторії (зигзаг),
- підстрибування на одному місці поперемінно то на одній, то на іншій нозі,
- чергуючи стрибки з кроками і плесканням у долоні;

- довга смуга перешкод (перестрибування, переступання, перелізання, кидання м'яча в ціль);
- ходьба по ортоковриках з одночасною вправою з кінезіом'ячами на відскік;
- повзання на животі, на спині по заданій траєкторії, в тунелі.

Вправи на координацію та схему тіла:

- ігри з мішечками - ловити, кидати до кошика, утримувати на голові, вгадувати, де лежить на тілі (в положенні лежачи);
- ігри з м'ячем - штовхаємо, ловимо, відбиваємо, б'ємо на бігу по м'ячу, б'ємо по воротах;
- ранкова гімнастика - задаємо серію з 4-5 рухів;
- ігри на фітболі (Тачка - перебираючи руками (йдучи) по підлозі, простягати тіло по м'ячу, ритмічно підстрибувати на м'ячі під рахунок, під музику, обійняти, стиснути, передати по ланцюжку фітбол і т.п.);
- сповивання, видерання з пелюшок, визначення частини тіла, яку намацав через тканину дорослий;
- виконання складних проб і їх швидка зміна (покажи правою рукою ніс, а лівою - праве вухо, хлопни в долоні і зроби навпаки (лівою покажи ніс, а правою рукою ліве вухо)) і т.п.;
- біг і повзання з обважнювачами по складній траєкторії.

Розвиток ручної вмілості неможливий без своєчасного оволодіння **навичками самообслуговування:** до старшого дошкільного віку у дитини не повинно бути труднощів у застібанні гудзиків, зав'язуванні шнурків на взутті, вузликів на хустці та ін.

Дуже добре себе зарекомендувала і **різноманітна предметна діяльність**, що поєднується в тому числі з навичками самообслуговування, яка також сприяє розвитку дрібної моторики:

- малювання пальцями, пензлем, шматочком вати і т.д.;
- ліплення з глини, пластиліну, тіста;
- ігри з великою і дрібною мозаїкою, конструктором;
- застібання і розстібання гудзиків;
- всілякі шнурівки;
- нанизування кілець на тасьму;
- вирізання аплікації з різного матеріалу (папір, тканина, пух, вата, фольга);
- конструювання з паперу (орігамі);
- макраме (плетіння з ниток, мотузок);
- збирання пазлів;
- сортування дрібних предметів (камінчики, гудзики, жолуді, намистинки, крупи, мушлі), різних за величиною, формою, матеріалом.

Використання масажних м'ячів:

- “Кулькові ванни “;
- “Дотикові ванни”
- тактильні панно
- “Сенсорна стежка для ніг”

Самомасаж, ігри з водою, піском, дидактичні ігри, рухливі ігри.

Дуже важливою частиною розвитку сенсомоторних здібностей є **“Пальчикові ігри”**. “Пальчикові ігри” - це інсценування будь-яких римованих історій, казок за допомогою пальців.

Додаток С.2.

Ігри та вправи на взаємодію з гіперактивною дитиною

Ігри, спрямовані на покращення координації рухів, зняття імпульсивності, емоційної напруги, довільність поведінки.

«Знайди відмінності» (О.Лютова, Г.Моніна)

Мета: розвиток уваги, комунікативних навичок.

Хід гри: дитина малює все, що їй захочеться, потім передає листок дорослому.

Дорослий додає одну або декілька деталей та повертає дитині, яка має знайти зміни. Потім дорослий малює, а дитина вносить зміни – вони міняються ролями.

«Ласкаві лапки»

Мета: зняття напруги, м'язового зажиму, зниження агресивності, розвиток чуттєвого сприймання. Хід гри: дорослий підбирає 6-7 мілких предметів різної фактури: шматочок хутра, пензлик, буси, вата, дерев'яні, металеві кола. Всі предмети викладаються на стіл. Дитину просять оголити руку по лікоть. Дорослий пояснює, що по руці буде ходити «тваринка» та торкатися ласкавими лапками. Потрібно з закритими очима вгадати, яка «тваринка» доторкалася до руки – відгадати предмет. Доторкання мають бути ласкавими та приємними.

«Клубочок»

Мета: навчити дитину одному з правил саморегуляції.

Хід гри: дитині пропонують змотати в клубок яскраві нитки. Розмір клубочка може з кожним разом ставати все більшим і більшим. Дорослий повідомляє дитині, що цей клубочок не простий, а чарівний. Як тільки хлопчик чи дівчинка починають його змотувати, то одразу ж заспокоюються.

«Розмова з тілом» (О.Лютова, Г.Моніна) Мета: навчити дитину володіти своїм тілом.

Хід гри: дитина лягає на підлогу, на великий аркуш паперу або шматок шпалер. Дорослий олівцем обводить контури фігури дитини. Потім разом з дитиною розглядає силует і ставить питання: «Це твій силует. Хочеш, ми можемо розмалювати його? Яким би кольором ти хотів прикрасити свої руки, ноги, тулуб? Як ти думаєш, чи допомагає тобі твоє тіло в певних ситуаціях, наприклад, коли ти рятуєшся від небезпеки і т.д.? Які частини тіла тобі особливо допомагають? А бувають такі ситуації коли твоє тіло підводить тебе, не слухається? Що ти робиш в цьому випадку? Як ти можеш навчити своє тіло бути більш слухняним? Давай домовимося, що ти і твоє тіло прагнутимуть краще розуміти один одного».

«Археологія»

Мета: розвиток м'язового контролю.

Хід гри: дорослий опускає кисть руки в таз з піском або крупною і засипає її. Дитина обережно «відкопує» руку — робить археологічні розкопки. При цьому не можна доторкатися до кисті руки. Як тільки дитина

торкнеться своєю долонею, вона тут же міняється ролями з дорослим.

Змінений тест «Коректурна проба»

Мета: розвиток уваги.

Хід гри: Дитині пропонується бланк із зображеннями знайомих трьох предметів (гриб, м'яч, ялинка), розташованих по вісім у кожному ряду. Усього п'ять-десять рядів. Предмети в ряду розміщені довільно. Потрібно викреслити всі гриби або м'ячі, ялинки.

«Покажи, що не підходить» (на основі методики «четвертий зайвий»)

Мета: розвиток мислення. Хід гри: дитині пропонують картки із зображенням знайомих предметів (4-5) і говорять: «Подивися, тут усі предмети можна об'єднати разом, а один не підходить до них. Який і чому?».

«Чарівні ляпки»

Мета: розвиток уяви, творчого мислення.

Хід гри: спочатку дитина готує ляпки (безладно наносить рідку фарбу на папір, а потім складає аркуш вдвоє, ляпками всередину). Потрібно побачити в ляпці зображення чого-небудь і домалювати його.

«Послухай тишу» (Г.Черепанова)

Мета: розвивати увагу гіперактивної дитини і вміння володіти собою

Хід гри: по першому сигналу дзвіночка дитина починає бігати по кімнаті, кричати, стукати і тому подібне. По другому сигналу вона повинна швидко сісти на стілець і прислухатись до того, що відбувається навкруги. Потім дитина розповідає, які звуки вона почула.

Функціональна вправа «Що зникло?»

Мета: розвиток концентрації уваги. Сидячи на підлозі. Перед кожною дитиною по черзі розкладаються предмети. Її просять уважно подивитися на них і запам'ятати. Потім, дитина заплющує очі, а інструктор прибирає один предмет. Завдання дитини - назвати зниклий предмет.

Когнітивна вправа «Фотографія»

Мета: емоційний розвиток. Сидячи на підлозі. Інструктор показує дитині фотографію із зображенням людини з певним настроєм. Учасник повинен відтворити задану йому фразу з інтонацією, відповідної емоції на фотографії. Можна супроводити вислів відповідною мімікою і жестами.

Когнітивна вправа «Млинок»

Мета: розвиток міжпівкулевої взаємодії. Стоячи. Запропонуйте дитині робити одночасні кругові рухи рукою і ногою. Спочатку лівою рукою і лівою ногою, правою рукою і правою ногою, лівою рукою і правою ногою, правою рукою і лівою ногою. Спочатку обертання виконується вперед, потім назад, потім рукою вперед, а ногою назад. Виконуйте так, щоб рука і протилежна нога рухалися одночасно з обертанням очей вправо, вліво, вгору, вниз. Дихання довільне.

«Пуантизм»

Мета: вчити дитину самостійно створювати образи. Дитину просять за допомогою фарб створити будь-який малюнок на аркуші паперу. Кольорові плями можна наносити за допомогою пензликів, паличок чи пальчиків. Вправа сприяє розслабленню та заспокоєнню.

«Лови-лови»

Мета: зняття емоційної напруги. Матеріал: паличка довжиною 0,5м з причепленим до неї м'ячиком на яскравій стрічці. Ведучий тримає

паличку, підходить до дитини зі словами: «Лови-лови!». Завдання учасника гри піймати м'ячик, який постійно підскочує догори. Гра дуже збуджує психіку дітей, рекомендовано проводити її під час прогулянки після сну. Гра сприяє підвищенню тонуусу, зняттю емоційної напруги, направляє рухову активність дитини в правильне русло.

«Як пройти?» (Р.Калініна)

Мета: розширення знань дітей про оточуючий світ, розвиток комунікативних навичок. Ведучий розпочинає: «У зайчика захворіли вушка. Що він має зробити?» - «Піти до лікаря». – «А як його знайти?» - «В лікарні». – «Де знайти лікарню?» - тощо. Дитина розповідає, де знаходиться лікарня, як туди дібратися. Так само можна ходити в магазин, музей, театр, цирк тощо. В процесі гри ситуації можна спростити, обговорюючи лише дії в тій чи іншій ситуації.

«Час тиші та час «можна» (Н.Кряжева)

Мета: розвиток довільності поведінки. Дорослий домовляється з дитиною про те, що у них тепер буде час тиші та час «можна». Це значить, що в час тиші дитина буде вести себе тихо, займатися спокійними справами – малюванням, ліпкою та ін. Проте в час «можна» вона зможе робити все, що заманеться – бігати, стрибати, кричати, співати, веселитися. Необхідно заздалегідь попередити дитини, що навіть в час «можна» неможна битися, сваритися, ображати кого-небудь. Ці години можна чергувати протягом дня або грати в них в різні дні. Вони мають стати звичними в групі дитячого садочку та вдома, тоді дорослому буде простіше контролювати поведінку дитини в будь-який момент.

«Говори!»

Мета: розвиток уміння контролювати імпульсивні дії, уваги, довірливості. Дорослий пропонує дитині пограти в гру з питаннями та відповідями, попереджає, що на питання можна відповідати лише після слова «Говори!». Після запитання кинути м'яч, обов'язково зробити паузу і лише потім сказати «Говори!». Давайте потренуємося: «Яка зараз пора року?» (дорослий робить паузу) «Говори!»; «Якого кольору у нас в групі стіни?» ... «Говори!»; «Який сьогодні день тижня?» ... «Говори!» ... і т.д. » Гра може проводитися як індивідуально, так і з групою дітей.

«Вивільнення гніву» (К.Рудестам)

Мета: редагування негативних емоцій. Обладнання: м'який стілець або купа подушок. Подушки, на яких буде вивільнятися агресія, складаються перед дитиною, а вона має сильно бити по ним. Під час ударів можна вигукувати будь-які слова, що виражають почуття. Гру необхідно проводити систематично, так як негативні емоції постійно потребують вивільнення і краще, якщо дитина вивільнить свій гнів на подушках, ніж на оточуючих.

«Спонтанне малювання»

Мета: редагування негативних переживань, зняття емоційної напруги. Обладнання: аркуші паперу різної форми (коло, квадрат, прямокутник, трикутник), фарби, олівці, різноманітні матеріали для аплікації. В приміщенні вмикається приємна неголосна музика. Протягом 20-30 хвилин дитина може малювати все, що їй захочеться, прикрашати малюнок аплікацією. Спонтанне малювання допомагає дитині вийти з депресії, знімає психологічну напругу, активізує почуття міри – дитина зупиняється, коли відчуває, що експериментувати більше не варто.

Завдання дорослого – дати дитині повну свободу.

«Кільце»

По черзі і якнайшвидше дитина перебирає пальці рук, з'єднуючи в кільце з великим пальцем послідовно вказівний, середній і т.д. Вправа виконується в прямому (від вказівного пальця до мізинця) і в зворотному (від мізинця до вказівного пальця) порядку. На початку методика виконується кожною рукою окремо, потім разом.

«Кулак-долоня-ребро»

Дитині показують три положення руки на площині підлоги, які послідовно змінюють один одного. Долоню на площині, долоню стиснуту в кулак, долоню ребром на площині підлоги, розпрямлену долоню на площині підлоги. Дитина виконує пробу разом з інструктором, потім по пам'яті протягом 8-10 повторів моторної програми. Проба виконується спочатку правою рукою, потім лівою, потім двома руками разом. При засвоєнні програми або при утрудненнях у виконанні інструктор пропонує дитині допомагати собі командами («кулак-ребро-долоня»), вимовними вголос. «Вуха-ніс». Лівою рукою взятися за кінчик носа, а правою – за протилежне вухо. Одночасно відпустити вухо і ніс, плеснути в долоні, поміняти положення рук навпаки.

«Змійка»

Запропонуйте дитині уявити, що її пальці – це маленькі змійки. Вони можуть рухатися-звиватися, обертаючись направо, наліво, знизу вгору і згори вниз. При виконанні двома руками долоні спочатку «дивляться» від дитини, потім – одна на одну. При цьому спочатку опрацьовуються

однакові пальці рук, а потім різні (наприклад, великий палець правої руки і мізинець лівої руки).

«Жабка»

Покласти руки на підлогу (стіл). Одна рука стиснута в кулак, інша лежить на площині столу (долонька). Одночасно міняти положення рук. Ускладнення вправи полягає у прискоренні.

«Замок»

Схрестити руки долонями одна до одної, зчепити пальці в замок, вивернути руки до себе. Рухати пальцем, який вкаже ведучий. Палець має рухатися точно і чітко, не допускаючи синкинезій. Торкатися до пальця можна. Послідовно у вправі повинні брати участь всі пальці обох рук. Надалі діти можуть виконувати вправу в парах. «Масаж вушних раковин». Промасажувати мочки вух, потім всю вушну раковину. Наприкінці вправи розтерти вуха руками.

«Паровозик»

Праву руку покласти на ліву, одночасно роблячи 10-12 маленьких кіл зігнутою в ліктьовому суглобі лівою рукою, плечем уперед, потім стільки ж назад. Поміняти позиції рук і повторити вправу.

«Слоник, що малює»

Сісти в позу слона. Коліна злегка підігнуті. Нахилитися головою до плеча. Витягнути руку вперед і малювати нею горизонтальну вісімку (знак нескінченності) великими мазками. Потім повторити те ж іншою рукою.

«Сова»

З силою схопити ліве плече правою рукою, головою повільно перетинати середню лінію тіла, повертаючи ліворуч, потім праворуч. Розслабитися. Зробити три повних циклу дихання на три повороти голови. Повторити те ж для іншого плеча. Додати локалізацію: голова у плеча – вдих, голова на грудях – видих з локалізацією «у-у-х», голова у іншого плеча – вдих і т.д.

«Поза спокою»

Мета: освоєння, закріплення пози спокою і розслаблення м'язів рук. Необхідно сісти ближче до краю стільця, взятися на спинку, руки вільно покласти на коліна, ноги злегка розставити. Формула загального спокою вимовляється інструктором повільно, тихим голосом, з тривалими паузами. Всі вміють танцювати, стрибати, бігати, малювати. Але поки не всі вміють розслаблятися, відпочивати. Є у нас гра така – дуже легка і проста. Сповільнюється рухи, зникає напруга... І стає зрозуміло – розслаблятися приємно!

«Кулачки»

Мета: освоєння, закріплення пози спокою і розслаблення м'язів рук. Сидячи на підлозі. Інструктор: «Стисніть пальці в кулачок міцніше. Руки покладіть на коліна. Стисніть їх сильно, щоб кісточки побіліли. Руки втомилися. Розслабили руки. Відпочиваємо. Кисті рук потеплішали. Легко, приємно стало. Слухаємо і робимо, як я. Спокійно! Вдих – пауза, видих – пауза!». Ця і кожна наступна вправа повторюється 3 рази. «Руки на колінах, кулачки стиснуті, міцно, з напругою... Пальчики притиснуті (стиснути пальці). Пальчики сильніше стискаємо – відпускаємо, розжимаємо. Легко підняти і впустити розслаблену кисть».

