

voluntary regulation of behavior was marked as highly important. It was determined the stable personal new growth, whose sufficient level of development is the basis of voluntary regulation of behavior of a child of primary school age. It is noted that the primary school age is characterized with the rapid development of voluntary forms of activity, the formation of higher mental functions, where the important thing is the transition from direct to indirect behavior. It is also noted that the successful formation of social behavior directly depends on a child's adaptation to school. There was the necessity substantiated of a deep psychological and pedagogical analysis of the content, structure and dynamics of the behavior of children with severe speech disorders during the process of school adaptation, determination of methods of its timely and purposeful correction, as the key to successful studying and socialization process of a child.

Keywords: behavior, younger school age, behavioral disorders, significant frontal lobe, speech disorders.

Стаття надійшла до редакції 10.11.2015 р.

Статтю прийнято до друку 20.11.2015 р.

Рецензент: д. п. н., проф. Шеремет М. К.

УДК: 376.3

ОСОБЛИВОСТІ КОРЕКЦІЙНОЇ РОБОТИ З ДІТЬМИ З СИНДРОМОМ ДЕФІЦИТУ УВАГИ ТА ГІПЕРАКТИВНІСТЮ

Кротенко В.І. vikrotenko@gmail.com,

Філіпенко Д.О. dryg413@mail.ru

Проблема допомоги дітям із гіперактивним розладом і дефіцитом уваги набирає дедалі більшої актуальності як найбільш розповсюджена причина порушень поведінки у дітей дошкільного віку, що призводить до ускладнення в навчанні у дітей шкільного віку.

Розповсюдженість СДУГ досить висока. За різними оцінками, частота проявів СДУГ у дітей в різних країнах варіюється від 2 до 20 %, в середньому складає 5 %. Враховуючи досить вагомі соціальні наслідки, Всесвітня асоціація дитячої і підліткової психіатрії визнала СДУГ проблемою номер один у галузі охорони здоров'я дітей та підлітків.

За критеріями DSM-IV поширеність СДУГ становить за даними різних досліджень від 3% до 20%, офіційний показник у самій DSM -IV становить 3-5%. Таким чином, кожна тридцята дитина має СДУГ. Статистика говорить про те, що в Україні таких дітей 4 - 18%, у США - 4 - 20%, Великобританії - 1 - 3%, Італії - 3 - 10%, У Китаї - 1 - 13%, в Австралії - 7 - 10%, причому хлопчиків серед них у 9 разів більше, ніж дівчаток. Таким чином, актуальним проблемним фактором розвитку сучасної дитини є синдром гіперактивності, який, за даними Міністерства охорони здоров'я України, притаманний сьогодні від 50 до 150 тис. дітей дошкільного віку [5, с.13].

Вагомий внесок у вивчення особливостей дітей з синдромом дефіциту уваги та гіперактивності зробили такі вітчизняні вчені як М.М. Заваденко, Г.А.Суслова, І.П. Брязгунов, Е.В. Касатікова.

Питання СДУГ досліджували такі західні психологи, як Blum, Heinrich Hoffman, G.F. Still, J.Biederman.

Особливо важливим питанням, на думку М.М. Заваденко, Е. В. Касатікова та І. П.Брязгунова, є проблема ранньої діагностики та корекції СДУГ,

оскільки розлад, як правило, виникає рано (проявляється протягом перших семи років життя дитини) та супроводжується затримкою процесів дозрівання вищих психічних функцій, внаслідок чого формуються специфічні труднощі у навчанні та порушення поведінки [2,с.37].

Психологи, Які займаються проблемою СДУГ виділяють наступні клінічні прояви цього синдрому у дітей:

- 1.Неспокійні рухи в кистях і стопах; сидючи на стільці дитина крутиться, звивається.
- 2.Невміння спокійно сидіти на місці, коли це необхідно.
- 3.Легка відволікаємість на сторонні ситуації.
- 4.Невтриманість, невміння дочекатись своєї черги під час гри та в різних ситуаціях, що виникають в колективі (заняття в школі, екскурсії і т.д.).
- 5.Невміння зосередитись: на питання часто відповідає не задумуючись, не вислухавши їх до кінця.
- 6.Складності (не пов'язані з негативною поведінкою або недостатність розуміння) під час виконання запропонованих завдань.
- 7.Важко зберігаєма увага під час ігор чи виконання завдань.
- 8.Часті переходи від однієї незакінченої дії до іншої.
- 9.Невміння грати тихо, спокійно.
10. Надмірна балакучість.
11. Заважає іншим, чіпляється до оточуючих (наприклад, втручається в ігри інших дітей).
- 12.Часто складається враження, що дитина не слухає звернену до неї мову.
13. Часта втрата речей, необхідних в школі і вдома (іграшки, книги, олівці і т.д.).

14. Можуть вчиняти небезпечні дії, не задумуючись про наслідки.

Наявність у дитини принаймні 6 з перерахованих вище симптомів, які постійно спостерігаються протягом як мінімум 6 місяців, є підставою для діагностики синдрому дефіциту уваги. [7]

Усі прояви даного синдрому можна розділити на 3 групи: ознаки гіперактивності (симптоми 1,2,9,10); неуважності та відволікаємості (симптоми 3,6-8, 12,13); імпульсивності (симптоми 4,5,11,14).

Таким чином, синдром дефіциту уваги з гіперактивністю - це поліморфний клінічний синдром, головним проявом якого є порушення здатності дитини контролювати свою поведінку, що виявляється моторною гіперактивністю, порушенням уваги та імпульсивністю.

До основних ознаки СДУГ відносять:

1. Гіперактивність - надмірна рухова розгальмованість яка, є проявом стомлення.

2. Дефіцит уваги - нездатність утримувати увагу на чому-небудь протягом певного відрізка часу.

3. Імпульсивність - нездатність загальмувати свої безпосередні спонукання. Такі діти часто діють, не подумавши, не вміють підкорятися правилам, чекати, у них часто змінюється настрої. [6, с.46].

Причиною СДУГ є особливості будови та функціонування головного мозку, а не погане виховання. Справжньою причиною є або генетичні фактори, або перинатальне ураження центральної нервової системи, саме тому СДУГ є розладом розвитку і його прояви присутні з раннього дитинства, вони «вбудовані» в темперамент дитини, а не є тимчасово набути. СДУГ є розладом, а не особливостями темпераменту дитини. Такі риси, як гіперактивність, імпульсивність та порушення уваги виражені не відповідно до віку розвитку дитини. Ці риси призводять до серйозних порушень функціонування дитини в основних сферах життя. СДУГ є проявом «активного» темпераменту, при якому гіперактивність, імпульсивність та порушення уваги утруднюють навчання, соціальну адаптацію та психологічний розвиток дитини. Це є особливою характеристикою СДУГ як психологічного розладу.

На сьогодні відсутня єдина думка щодо чинників, які сприяють розвитку синдрому дефіциту уваги та гіперактивності. На даний момент існують три домінуючі групи гіпотез, що виокремлюють такі чинники:

- вплив спадкових чинників ризику;
- нейробіологічні чинники;
- раннє органічне ураження ЦНС під час вагітності та пологів;

- вплив харчових токсинів або алергенів;
- соціально-психологічні чинники;
- соціальний вплив.

Завжди потрібно враховувати можливість впливу одразу декількох чинників, що взаємодіють один з одним. За результатами дослідження М.М.Заваденко виникнення СДУГ внаслідок раннього ураження центральної нервової системи у період вагітності і пологів зустрічається у 84% випадків, спадковий чинник є причиною в 57% випадків, а негативний вплив внутрішньосімейних чинників відмічається у 63% випадків [7, с.102].

Дітей з порушеннями даного типу важко не помітити, оскільки вони вирізняються на фоні однолітків своєю поведінкою. Такі діти надмірно активні, надмірно рухливі, метушливі, вони не здатні на чомусь зосередитись.

В дитячому віці доволі часто зустрічаються стани - «імітатори» СДУГ: у 15-20 % дітей періодично спостерігаються зовнішньо близькі до СДУГ прояви поведінки. Саме тому СДУГ необхідно розмежовувати з широким колом станів, що подібні на СДУГ за зовнішніми проявами, але досить відмінні за причинами та методами корекції. До їх числа відносять:

- індивідуальні особливості особистості і темпераменту: характеристики поведінки активних дітей не виходять за межі вікової норми;
- тривожні розлади: особливості поведінки дитини, які пов'язані з дією психотравмуючих чинників;
- наслідки перенесення черепно-мозкової травми, нейроінфекцій, інтоксикацій;
- астенічний синдром при соматичних хворобах;
- специфічні розлади розвитку шкільних навичок: дизлексія, дизкалькулія, дизграфія;
- ендокринні захворювання;
- епілепсія [8, с.77].

Для дітей зі СДУГ пік гіперактивності припадає на дошкільний та молодший шкільний вік. В більш старшому віці вона проявляється непосидючістю, метушливістю, ознаками рухового неспокою (крутиться, вертиться, смикає постійно щось у руках.). Несформованість рухової координації майже унеможливує для дитини заняття спортом, а також підвищує рівень травматизму [3, с.65,8, с.83].

Ці основні порушення поведінки супроводжуються серйозними вторинними порушеннями, до числа яких у першу чергу відносяться низька успішність в школі та ускладнення у спілкуванні з іншими людьми.

Низька успішність – типовий прояв для гіперактивних дітей. Вона обумовлена

особливостями їх поведінки, яка не відповідає віковій нормі і є серйозною перешкодою для повноцінного включення дитини в навчальну діяльність. Під час уроків таким дітям складно справлятися з завданнями, оскільки вони мають труднощі в організації і завершенні роботи, швидко виключаються з процесу виконання завдання. Навички читання і письма у цих дітей значно нижчі, ніж у однолітків. Їх письмові роботи мають неакуратний вигляд і характеризуються помилками, які є результатами неухважності, невиконання вказівок вчителя або вгадування.

Порушення поведінки гіперактивних дітей не тільки впливають на шкільну успішність, але й визначає характер взаємовідносин з оточуючими людьми. У більшості випадків такі діти мають проблеми у спілкуванні: вони не можуть довго гратись з однолітками, встановлювати та підтримувати дружні відносини. Серед дітей вони є джерелом постійних конфліктів і дуже швидко стають знехтуваними.

У сім'ях діти зі СДУГ часто страждають від постійних порівнянь з братами та сестрами, поведінка і успішність яких ставиться їм у приклад. Вони недисципліновані, неслухняні, не реагують на зауваження, що дратує батьків, які змушені застосовувати часті, але не результативні покарання. Більшості таких дітей властива знижена самооцінка, у них спостерігається деструктивна поведінка, агресивність, брехливість, схильність до крадіжок.

З урахуванням різноманітності проявів СДУГ можна зробити висновок, що допомога таким дітям має носити комплексний характер і поєднувати різні підходи. Результати дослідження вказують, що інтенсивний психолого-медико-педагогічний вплив у дошкільному віці призводить

Одним з ефективних напрямків власне корекції дітей зі СДУГ є нейропсихологічна корекція, що включає в себе розтяжки, дихальні вправи, вправи для дрібної моторики, окорухальні вправи, вправи для релаксації, вправи для розвитку комунікативної та когнітивної сфери.

Вправи - розтяжки нормалізують гіпертонус та гіпотонус м'язів. Оптимізація тонусу є однією з найважливіших задач нейропсихологічної корекції. Адже будь-яке відхилення від оптимального тонусу може бути причиною виникнення змін в психічній і руховій активності. Наявність гіпертонусу, як правило проявляється в руховому неспокої, емоційній лабільності, порушенні сну. Для таких дітей характерне відставання у формуванні довільної уваги, диференційних рухових і психічних реакцій, що надає психомоторному розвитку нерівномірність і може спровокувати виникнення синдрому дефіциту уваги і гіперактивності. Такі діти дуже важко розслабляються, тому важливо на початку заняття дати дитині відчути свій тонус і продемонструвати варіанти роботи з ним на простих прикладах [8, с.94].

Дихальні вправи покращують ритміку організму, розвивають самоконтроль і довільність. Відпрацювання дихальних вправ краще всього починати зі стадії видиху, після чого, почекавши природну в циклі дихання паузу і дочекавшись моменту, коли з'явиться бажання вдихнути, зробити глибокий вдих ротом або носом так, щоб було приємне, легке, без напруги відчуття вдиху. Потрібно уважно стежити за тим, щоб рухалася діафрагма і залишались спокійними плечі, хоча при глибокому вдиху обов'язково буде рухатись верхня частина грудної клітки. На етапі освоєння глибокого дихання дитині також пропонується покласти руку на область руху діафрагми, відчуваючи, як на вдиху рука піднімається вгору, а на видиху - опускається

до підвищення когнітивного розвитку і зниження рівня поведінкових розладів. Корекція гіперактивних дітей має включати роботу з батьками та шкільними педагогами, методи модифікації поведінки, психолого-педагогічну корекцію, релаксаційні методи, рухову активність, а також медикаментозне лікування [18, с.36].

Корекційна робота з дітьми з СДУГ має бути спрямована на вирішення таких завдань:

- Нормалізація атмосфери в сім'ї, налагодження взаємин з членами сім'ї, а також вироблення адекватного ставлення родини до дитини з урахуванням її особливостей, навчання членів родини уникати конфліктних ситуацій.

- Досягнення максимально можливої для дитини слухняності, розвиток охайності, навичок самоорганізації; формування здатності планувати і доводити до кінця свої дії, розвивати почуття відповідальності за свої вчинки.

- Навчання дитини правильному вербальному спілкуванню, контролю своїх емоцій і вчинків; розвиток навичок ефективної соціальної взаємодії з оточуючими людьми.

- Встановлення контакту із вихователями дошкільного закладу, ознайомлення їх з особливостями та проявами синдрому дефіциту уваги та гіперактивності, а також з ефективними методами взаємодії з такими дітьми.

- Досягнення підвищення самооцінки у дитини, впевненості в своїх силах за рахунок засвоєння нею нових знань та вмій, досягнень у навчанні і повсякденному житті. Необхідно виявити сильні сторони особистості дитини і добре розвинуті вищі психічні функції для того, щоб спиратися на них у подоланні наявних труднощів [4, с.96].

вниз. Дихання (різні його етапи) можна поєднувати з різноманітними варіантами вправ очей і мовлення. Ефективним прийомом є підключення до дихальних вправ візуальної та сенсорної системи («надування» кольорових куль в животі, «вдихання» сонячного світла і золотистої енергії і т. д.) [8, с.96].

Функціональні вправи доцільніше проводити за трьома основними напрямками:

- розвиток уваги, довільності, самоконтролю;
- подолання гіперактивності та імпульсивності;
- подолання гніву та агресії.

Корекцію слід проводити поетапно, починаючи з однієї окремої функції. Коли будуть досягнуті стійкі результати по розвитку однієї функції, тоді можна переходити до розвитку одночасно двох функцій, а потім і трьох.

Комунікативні вправи поділяються на 3 етапи:

Індивідуальні вправи спрямовані на встановлення і подальше поглиблення контакту з власним тілом, невербальне вираження станів та відношень.

Парні вправи, сприяють відкритості по відношенню до партнера, здатність відчувати, розуміти і приймати його.

Групові вправи, через організацію спільної діяльності розвиватимуть у дитини навички взаємодії в колективі.

Необхідною умовою корекційного процесу є встановлення на початку занять всією групою системи заохочень та покарань. Покарання можуть бути у вигляді вилучення з гри або позбавлення ролі лідера. Заохоченням може бути будь-які маленькі призи або вибір музики чи отримання ролі ведучого [8, с.124].

При корекційній роботі не слід забувати, що гіперактивним дітям дуже важко тривалий час підпорядковуватись груповим правилам, бо вони швидко втомлюються, не вміють слухати і виконувати інструкцію. Тому слід починати заняття в індивідуальній формі, потім поступово включаючи дитину до групової діяльності. Також можна використовувати і інші прийоми в роботі з гіперактивними дітьми, такі як:

- використання годинника на занятті і контроль гіперактивної дитини за часом (зберігач часу).
- здійснення дитиною контролю за іншими дітьми (черговий, ведучий в гри, помічник інструктора) [8,

с.95].

Корекція дітей зі СДУГ обов'язково повинна включати **рухову активність**.

Гіперактивним дітям не рекомендуються ігри з занадто вираженим емоційним компонентом, а також види спорту зі статичним навантаженням. Досить корисними вважаються фізичні вправи аеробного характеру, рівномірний тренінг легкої і середньої інтенсивності: біг, плавання, катання на велосипеді. При систематичному фізичному навантаженні знижується стрес-реактивність, підвищується моторний контроль і підвищуються адаптивні можливості дитини [8, с.95].

До корекційної роботи відносимо і психогімнастику.

Використання даного методу психотерапії дозволяє дитині зі СДУГ навчитися розуміти своє тіло, керувати ним. Психогімнастика допомагає дітям у невербальній формі корегувати емоційні переживання, відновити стан рівноваги з навколишнім середовищем, тобто адекватно сприймати реальність. У роботі з дітьми в рамках даного напрямку психолог застосовує ігри, етюди, в основі яких – використання рухової експресії за допомогою якої здійснюється спілкування у групі за допомогою жестів та міміки.

Психолого-педагогічна корекція. При наявності емоційних порушень у дитини проводять холдинг-терапію з використанням методик на зниження тривожності, розвитку комунікабельності, підбору сфер діяльності де дитина відчуває себе впевнено. В цикл занять включаються вправи на розвиток уваги та пам'яті, також методики на розвиток мислення і мовлення. Якщо в дитини спостерігаються мовленнєві порушення необхідно рекомендувати логопедичні заняття [7, с.45].

Однак для покращення результату слід виконувати не лише нейропсихологічну корекцію, але й дотримуватись основних рекомендацій батькам щодо організації взаємодії з дитиною зі СДУГ. Батькам мають надатися рекомендації щодо організації діяльності дитини, її режиму дня та спілкування з нею. До них належать наступні:

1. Батьки мають поважати свою дитину, приймати її такою якою вона є. Бути реалістичними щодо очікувань та вимог.

2. Батьки мають організувати режим дня та розклад, якого має дотримуватись дитина, з урахуванням всіх особливостей синдрому. Строго розташування режимних елементів (сон, приймання їжі, ігри (активні і пасивні)). Розклад дня має бути прикріплений на видному місці. Кожна зміна в розкладі має бути пояснена дитині завчасно.

3. Батьки мають постійно підтримувати дисципліну, та дотримуватися встановлених правил, які їм зрозумілі. Бажано уникати повторення вказівок і вимог. Якщо дитина порушує правило, необхідно зробити лише одне попередження. Дитина має зрозуміти, що порушення правил несе за собою наслідки, батькам потрібно пояснити, що це за наслідки. Якщо дитина дотримується правил, їй дається невеличке заохочення.

4. З дитиною розмовляти стримано, м'який тембр голосу, опускаючись до рівня дитини. Батьки мають уникати високих тонів голосу, кричати на свою дитину - адже дитина може просто не почути і не зрозуміти адресовані до неї слова, особливо коли на неї кричать.

5. Спілкування з дитиною має носити позитивний характер.

Важливо допомогти близьким оточуючим зрозуміти дитину.

Важливо давати дитині можливість витратити надлишкову енергію, гарним виходом буде заняття фізичною культурою (плавання, футбол) та танці.

6. Батьки мають консультуватись зі спеціалістами [1 с.62,4,с.95,8, с.35,].

Отже, одним з напрямків корекції дітей зі СДУГ, який на нашу думку є найбільш ефективним - це нейропсихологічна корекція. Саме цей метод обраний нами для корекції симптоматики синдрому дефіциту уваги. Таким чином аналіз наукової психологічної літератури та врахування практичного досвіду дає нам можливість зробити висновок, що СДУГ - це комплексне порушення, яке включає в себе гіперактивність, дефект механізмів уваги і гальмівного контролю. Найбільш ефективним методом психологічної корекції СДУГ є нейропсихологічна корекція, оскільки цей метод

включає різноманітні вправи, які будуть викликати інтерес у дітей за рахунок цього корекція буде проходити без ускладнень.

Окрім того хочемо зауважити, що також важливою умовою ефективної корекції є те, що батькам слід докладати зусилля на рівні із спеціалістами. Адже підтримка і віра в успіхи дитини, гарним стимулом і натхненням на подальший розвиток.

Література:

1. **Альтхерр П.**, Берг Л., Вельфль А., Пассольт М. Гиперактивные дети. Коррекция психомоторного развития. - М.: Издательский центр «Академия», 2004
 2. **Бадалян Л.О.**, Заваденко М.М., Успенська Т.Ю. Синдром дефіциту уваги у дітей// Огляд психіатри. мед. психол. ім. В.М.Бехтерева. - СПб., 1993. - № 3. - С.74 - 90.
 3. **Безруких М. М.** Діти з СДУГ: причини, діагностика, комплексна допомога під ред. Москва. 2009 рік
 4. **Брязгунов І.П.**, Касатикова Е.В. Непоседливий ребенок, или Всё о гиперактивных детях» 2-е изд., испр. и доп. - М.: Психотерапия, 2008 - 208с.
 5. **Монина Г. Б.**, Лютова-Робертс Е. К., Чутко Л. С. Гиперактивные дети: психолого-педагогическая Помощь. Монография. - СПб.: Речь, 2007.- 186с.
 6. **Романчук О.** Гиперактивный розлад з дефіцитом уваги у дітей, Джерело 2008.
 7. **Заваденко Н.Н.** Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. - М.: Издательский центр «Академия», 2005. - 256 с.
 8. **Заваденко Н.Н.** Синдром дефицита внимания с гиперактивностью : диагностика, патогенез, принципы лечения - вопросы практической педиатрии, 2012, т 7, №1, с 54-62.

References

1. **Al'therr P.**, Berg L., Velfl' A., Passol't M. Gyperaktyvnyye dety. Korrekcyja psyhomotomogo razvytyja. - M.: Yzdatel'skij centr «Akademyja», 2004
 2. **Badaljan L.O.**, Zavadenko M.M., Uspens'ka T.Ju. Syndromy deficytu uvagy u ditej// Ogljad psyhiatri. med. psyhol. im. V.M.Behtereva. - SPb., 1993. - № 3. - S.74 - 90.
 3. **Bezrukyh M. M.** Dity z SDUG: prychny, diagnostyka, kompleksna dopomoga pid red. Moskva. 2009 rik
 4. **Brjazgunov Y.P.**, Kasatykova E.V. Neposedlyvyj rebenok, yly Vsё o gyperaktyvnyh detjah» 2-e yzd., uspr. Y dop. - M.: Psyhoterapyja, 2008 - 208s.
 5. **Monyna G. B.**, Ljutova-Roberts E. K., Chutko L. S. Gyperaktyvnyye dety: psyhologo-pedagogycheskaja Pomoshh'. Monografyja. - SPb.: Rech', 2007.- 186s.
 6. **Romanchuk O.** Gyperaktyvnyj rozlad z deficytom uvagy u ditej, Dzherelo 2008.
 7. **Zavadenko H.H.** Gyperaktyvnost' u defycyt vnymanija v detskom vozraste: Ucheb. posobyje dlja stud. vyssh. ucheb. zavedenij.- M.: Yzdatel'skij centr «Akademyja», 2005. - 256 s.
 8. **Zavadenko H.H.** Syndrom defyicyta vnymanija s gyperaktyvnost'ju : dyagnostyka, patogenez, pryncypy lechenija - voprosy praktycheskoj pedyatry, 2012, t 7, №1, s 54-62.

Кротенко В.І., Філіпенко Д.О. особливості корекційної роботи з дітьми з синдромом дефіциту уваги та гіперактивності

У статті розглядається питання діагностики та корекції синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю у дітей дошкільного віку. Для вирішення даного питання було здійснено аналіз літературних джерел, з метою виявлення можливих причин виникнення синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю, а також механізми їх розвитку та особливості проявів на ранніх етапах онтогенезу. Окрім того окреслені основні ознаки даного синдрому у сучасних дітей, знання яких мають важливе значення в процесі корекційної роботи з метою гармонізації їх стану і ефективною адаптації в суспільстві.

Виокремлено основні напрями корекційної роботи з дошкільниками для легкого, ефективного усунення симптоматики синдрому.

Намічено основні вимоги і рекомендації для батьків, що мають дітей із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю для адекватного спілкування і взаємодії з ними.

Ключові слова: синдром дефіциту уваги з гіперактивністю, гіперактивність, імпульсивність, дефіцит уваги, інтелект, діти дошкільного віку.

Кротенко В.И., Філіпенко Д.А. Особенности коррекционной работы с детьми с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью

В статье рассматривается вопрос диагностики и коррекции синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей дошкольного возраста. Для решения данного вопроса был осуществлен анализ литературных источников, с целью выявления возможных причин возникновения синдрома дефицита внимания с гиперактивностью, а также механизмы их развития и особенности проявлений на

ранних етапах онтогенеза. Крім того, очерчені основні ознаки даного синдрому у сучасних дітей, знання яких мають важливе значення в процесі корекційної роботи з метою гармонізації їх стану та ефективної адаптації в суспільстві.

Виділені основні напрями корекційної роботи з дошкільниками для легкого, ефективного усунення симптоматики синдрому.

Намечені основні вимоги та рекомендації для батьків, маючих дітей з синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю для адекватного спілкування та взаємодії з ними.

Ключові слова: синдром дефіциту уваги з гіперактивністю, гіперактивність, імпульсивність, дефіцит уваги, інтелект, діти дошкільного віку.

Krotenko V.I., Filipenko D. O. Features of correctional work with children with attention deficit syndrome and hyperactivity.

This article contains information about the early detection and correction of attention deficit syndrome and hyperactivity in children of preschool age. To solve this problem the analysis of the literature has been made to identify possible causes of attention deficit syndrome hyperactivity, and their development and features of the early stages of ontogeny. Besides outlining the main features of the syndrome in nowadays (2015 year) children, knowledge of which are important in the process of correction work to harmonize their condition and effective social adaptation.

There are determined the main directions of correctional work with preschool children for easy, efficient removal of symptoms of the syndrome.

This text describes basic requirements and recommendations for parents with children with attention deficit hyperactivity disorder to adequately communicate and interact with them.

Keywords: attention deficit syndrome and hyperactivity, hyperactivity, impulsivity, attention deficit, intelligence, preschool children.

Стаття надійшла до редакції 20.10.2015 р.

Статтю прийнято до друку 25.10.2015 р.

Рецензент: д. психол. н., проф. Руденко Л. М.

УДК:37.012:159.922.76-056.264

**МЕТОДИКА ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ТА ПРОЯВІВ МОВЛЕННЕВОЇ ТРИВОЖНОСТІ
У МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ ІЗ ТЯЖКИМИ ПОРУШЕННЯМИ МОВЛЕННЯ**

Мороз О. В. helga.moroz@gmail.com

Дослідження емоційно-вольової та особистісної сфер учнів молодшого шкільного віку із тяжкими порушеннями мовлення (далі – ТПМ) сьогодні в Україні залишається однією з найбільш складних і недостатньо вирішених логопсихологічних проблем.

На думку науковців (Н. Базима, Л. Белякова, Н. Власова, Г. Волкова, О. Захаров, В. Ковшиков, В. Кондратенко, І. Левченко, З. Ленів, І. Мартиненко, Т. Сак, В. Селіверстов, Н. Трауготт, Т. Флоренська, М. Хватцев, М. Шеремет та ін.), діти з різними видами мовленнєвих порушень є групою ризику стосовно розвитку тривожних станів, виникненні страху мовленнєвого спілкування з очікуванням мовленнєвих невдач, який, з'являючись, починає впливати на характер дітей у цілому, що проявляється у пасивності, байдужості, неухважності, невпевненості, замкнутості, сором'язливості, тривожно-недовірливих якостях характеру та ін..

Особливі вираженості зазначені явища можуть набувати у молодшому шкільному віці, який вважається досить емоційно насиченим для дитини. Це пов'язано з тим, що вступ дитини до школи розширює коло потенційно тривожних ситуацій, перш за все, за рахунок оцінок дорослих, що супроводжуються фактором публічності (вихід і відповідь біля дошки, контрольні роботи та ін.) Саме в цьому віці у дітей з'являється усвідомлення свого мовленнєвого порушення, боязнь справити на

співрозмовника несприятливе враження, звернути увагу сторонніх на свій мовленнєвий дефект, не зуміти висловити думку внаслідок судомних запинок і т.д. Діти починають відчувати труднощі під час відповідей на уроках у класі, хвилюються при розмові з незнайомими особами [2].

З часом потреба і необхідність мовленнєвого спілкування збільшується, а ускладнення взаємин з однолітками, наростання вимог щодо комунікації в підлітковому віці, призводять до того, що для переважної більшості дітей мовлення стає джерелом постійної психічної травматизації. Це, в свою чергу, викликає підвищену виснаженість (як психічну, так і власне мовленнєву), стомлюваність і сприяє розвитку патологічних рис характеру [2].

У дітей із ТПМ за даними вчених (В. Кондратенко, І. Левченко, І. Марченко, Г. Юсупова та ін.) можуть спостерігатися страхи, хвилювання, тривога, недовірливість, загальна напруженість, схильність до тремтіння, пітливість, почервоніння та інші прояви.

Проаналізувавши дослідження науковців [1-4, 6, 8], можна припустити, що у дітей із ТПМ може спостерігатися мовленнєва тривожність, яка є видом ситуативної тривожності, що виникає як емоційна реакція на стресову ситуацію та характеризується помітними порушеннями фізіологічних, особистісних, комунікативних параметрів,