

Це лише один аспект застосування відеоаналізу в навчально-організаційній роботі батьків з дитиною. Особливу роль виконує відеоаналіз під час спільної роботи невролога та психолога в уточненні можливих неврологічних проявів чи поведінкових особливостей (наприклад, при епілепсії спостерігаються специфічні прояви - абсанси, міоклонії та інші симптоми).

Роль методу відеоаналізу - з'ясувати справжні прояви захворювання; інший аспект - провести моніторинг перебігу захворювання. Адже відео фіксує найменші деталі, що змінюються на візуальному етапі діагностики та перебігу захворювання.

Отже, підсумовуючи викладене, можна стверджувати про необхідність застосування методу відеоаналізу. Він зарекомендував себе як регулювальний чинник у корекційній роботі й продемонстрував такі особливості:

- можливість оцінки наявних поведінкових розладів із метою їх подальшої корекції;
- проведення корекційної роботи, що спрямована на усунення поведінкових розладів;
- можливість проведення моніторингу;
- регулювання зворотного зв'язку між батьками та психологом.

*Ільїна О.В.*

Канд. психол. наук,  
ст. викладач кафедри ортопедагогіки,  
ортопсихології та реабілітології  
НПУ ім. М.П.Драгоманова

### **ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГОГІЧНА ДОПОМОГА ДИТИНІ З СИНДРОМОМ ГІПЕРАКТИВНОСТІ ТА ДЕФІЦИТУ УВАГИ В ШКОЛІ**

Синдром гіперактивності та дефіциту уваги (СГДУ) це, за визначенням дитячих лікарів-психіатрів та неврологів, – розлад нервово-психічної діяльності дитини, зумовлений порушенням обміну дофаміну та норадреналіну, що беруть участь у модуляції основних вищих психічних функцій та впливають на діяльність центру контролю та гальмування рухових та емоційних процесів, центру програмування діяльності. Домінуючими факторами в розвитку синдрому є генетичні фактори, або ж пошкодження центральної нервової системи плоду під час вагітності та пологів.

Прояви зазначеного синдрому у дітей, батьки найчастіше помічають вже в ранньому віці. Функціональні порушення ретикулярної формації головного мозку призводять до зниження сенсорної та больової чутливості дитини. Діти не звертають увагу на давно змоклий підгузник, пізно починають самотійно сидати на горщик. Пізніше, батьки відмітять у дитини «безжалісне» відношення до однолітків, домашніх тварин. Дитина може вдарити, штовхнути, вкусити, проявляти аутоагресію. Крім того, у дітей зі СГДУ, частіше ніж у здорових однолітків, може спостерігатись нав'язлива мастурбація яка, починаючи від 3 річного, може «затягнутись» до шкільного віку та «використовуватись» для зниження психоемоційної напруги навіть посеред уроку. Пояснюється це ураженням таламічної системи головного мозку яка грає важливу роль в

регулюванні збуджень, що надходять від підкіркових структур та, проходячи через таламус, мають бути переусвідомлені в адекватні, соціально-прийнятні форми поведінки. Саме через первинну дефіцитарність мозкової організації дитини з синдромом ГДУ повільно та досить асинхронно формується блок контролю та регуляції за власною поведінкою. Крім зазначеного у дітей, за спостереженнями Сиротюк А.Л., констатуються: порушення структурно-функціональної організації лівої півкулі; незрілість лобно-гіпокальної системи регуляції рівня уваги; незрілість системи кіркового гальмування; низький психічний статус; підвищена виснаженість; труднощі в оволодінні письмом [3].

Осиповою О.А. та Панкратовою Н.В., які спостерігали за дітьми з синдромом дефіциту уваги та гіперактивності було виділено 4 типи відхилень вищих психічних функцій [2]. Перший тип зустрічається у 42% дітей та пов'язаний з дефіцитарністю базальних структур мозку, затримкою зі становленням лівопівкульної домінантності та недостатності кірково-підкіркової регуляції. Характерними симптомами, при нейропсихологічному обстеженні, є: запізнення латералізації ведучої руки (півкулі); первинна недостатність в рухових пробах; полімодальні порушення пам'яті в ланцюгу вибірковості; в реципроктній пробі – дефіцит тонічного регулювання з девіаціями язика; в пробі « кулак-ребро-долонь» – недостатність сформованості довільної регуляції та контролю за помилками, що проявляється у великій кількості помилок через неухважність та імпульсивність; копіювання в пробах Рея, Тейлора вкаже на фрагментарне відтворення з поетапним відтворенням еталонного зразка.

Другий тип – зустрічається у 20% дітей та характеризується дисфункцією правої півкулі в поєднанні з дефіцитарністю базальних структур мозку. Вершина гіперактивності у зазначеній категорії буде спостерігатись у 5 років. У 6-7 років – позитивна динаміка, у 9 років – наростання симптомів. Характерними симптомами при нейропсихологічному обстеженні є: полімодальні порушення мнестичної діяльності; при виконанні рухових проб – ліва рука «проявить себе» гірше; при копіюванні фігур Рея, Тейлора будуть спостерігатись різні стратегії копіювання, фрагментарність у виконанні. Копіювання лівою рукою значно відрізняється від малюнка правою; фрагментарність сприйняття при складанні розповіді за картинками, відсутність цілісного сприйняття, вторинні ознаки закривають основну лінію сюжету. В структурованих завдання – дитина дотримується правил, якщо ж завдання без встановлених правил – спостерігається провокація на імпульсивну та польову поведінку. Включення мотиваційних елементів при цьому, – слабо модифікує поведінку дитини та ресурси на довільну регуляцію.

Третій тип СГДУ спостерігається у 29 % дітей, що зумовлюється дефіцитарністю базальних структур мозку які перешкоджають «дозріванню» просторових функцій. Характерними симптомами при нейропсихологічному обстеженні є: зниження інтелектуальних показників на початкових етапах, але з позитивною віковою динамікою; недостатність праксиса; порушення мнестичної діяльності у ланцюгу вибірковості, неможливість цілісного складання розповіді за картинками; проба «кулак-ребро-долонь» – можлива тільки зі словесним

підкріпленням (мовний контроль); проби Рея, Тейлора – фрагментарне відтворення, малюнок дитини не відповідає еталонному. Відмічається слабкість регуляторних механізмів: від прискорення та імпульсивності діяльності на початку обстеження, до максимального сповільнення в кінці обстеження.

Четвертий тип СГДУ спостерігається у 9% дітей зі збереженням нормотипової діяльності базальних ядер головного мозку та вираженій несформованості регуляторних структур (лобні долі лівої півкулі). Характерними симптомами при нейропсихологічному обстеження є: інертність у відтворенні завченого матеріалу, персеверації, нестійкість соціальних навиків; агресія, слабке управління поведінкою; недостатність мовного програмування та контролю у виконанні серійних дій (проба «кулак-ребро-долонь», проба Озерецького); збережений словниковий запас та збережені процеси довільного запам'ятовування; у віці 7-8 років відмічається позитивна динаміка в когнітивній сфері дитини та поведінці на фоні дефіцитарності мотивації до дій (задні відділи правої півкулі) та функції програмування та контролю (лобні відділи лівої півкулі).

Р.А. Barkley відмічає, що 25-50% гіперактивних дітей «переростають» синдром, у 6-8% в ранньому та молодшому шкільному віці спостерігається затримка психічного розвитку, в підлітковому віці гіперактивність сприяє виникненню психопатологічних проявів та асоціальної поведінки.

Практичні рекомендації батькам та вчителям по навчанню та вихованню дітей з синдромом гіперактивності та дефіциту уваги.

1. Дотримання режиму «правильного» харчування: уникати вживання рафінованих вуглеводів (цукру, газованих солодких напоїв штучного походження); концервованих продуктів з використанням стабілізаторів та підсилювачів смаку; продуктів з високим глікемічним індексом (картопляне пюре, білий хліб, печиво, кукурудзяні пластівці, крохмальна патока).
2. Організація начального середовища дитини шляхом спрощення та зменшення кількості відволікаючих факторів.
3. Створення емоційно-нейтральних умов розвитку та навчання.
4. Дотримання режиму дня.

Крім зазначеного, шановні вчителі, пам'ятайте, що будь-яка інформація краще засвоюється дитиною з СГДУ при руховій активності. Навчання та виховання новому матеріалу повинно враховувати вікові особливості дитини, раннє чи пізнє навчання – недопустиме. При дизгенетичному (порушеному) розвитку дитини, необхідно елімінувати дефект за допомогою нейропсихологічних корекційних занять зі спеціальним психологом, а не тренуванням письма, читання, математики, або ж силовими методами [1]. Під час навчання потрібно враховувати, що більшість дітей зі СГДУ є правопівкульними, а шкільні методики розраховані на лівопівкульних учнів. Для кращого розуміння дитиною шкільного матеріалу рекомендується вправи які би давали можливість по різному його осмислювати (логічно, образно, інтуїтивно). Якщо вчитель схильний до моралізаторства та зауважень, слід згадати, що хлопчики є емоційно-чутливі, тобто – не здатні довго утримувати емоційну напругу. Дуже швидко хлопчик перестане вас слухати та чути. Якщо ви сварите

дівчинку – зауважте на її можливу бурхливу емоційну реакцію, яка стане перешкодою в розумінні сенсу того, за що її сварять. Порада – спокійно розберіть помилки дитини. Дівчатка капризують через втому (виснаженість правої емоційної півкулі), хлопчики виснажуються інформаційно (зниження активності лівої раціонально-логічної півкулі). Сварити їх за це – марно. Зауважте, що ваша «вчительська оцінка» дитини є суб'єктивною і залежить від вашого типу асиметрії півкуль. Можливо ви по різному з дитиною оцінюєте ситуацію і по різному її осмислюєте. Навчайте дитину на емоціях радості, лінь, або протест дитини – це сигнал не правильної педагогічної тактики та методів роботи.

#### **Література:**

1. Ільїна О.В. Шевцов А.Г. Нейропсихологічний підхід у корекції розвитку дітей з психофізичними порушеннями. Збірник наукових праць Кам'янець – Подільського університету імені Івана Огієнка / за ред.В.М.Синьова,О.В.Гаврилова – Вип.V в двох частинах, частина 2. Серія : актуальні питання корекційної освіти – Кам'янець-Подільський: «П.П.Медобори-2006», 2015.408с. – С.68-78.
2. Осипова Е.А., Панкратова Н.В. Динамика нейропсихологического статуса у детей с различными вариантами течения синдрома дефицита внимания и гиперактивности // Школа здоровья, – М., 1997.№ 4. С. 34-43.
3. Сиротюк А.Л. Нейропсихологическое и психофизиологическое сопровождение обучения – М.:ТЦ Сфера, 2003. 288с., С.50-68.

***Козлова О. М.***

старший викладач кафедри сурдопедагогіки та сурдопсихології імені М.Д.Ярмаченка факультету спеціальної та інклюзивної освіти Національного педагогічного університету імені М.П.Драгоманова

### **ЄДНІСТЬ МОВЛЕННЯ І МИСЛЕННЯ В РОЗВИТКУ ДИТИНИ У НОРМІ ОНТОГЕНЕЗУ ТА ДИЗОНТОГЕНЕЗІ**

Тривалий час у психології зберігалась думка про існування значних змін мислення у старшому дошкільному та молодшому шкільному віці. Саме дослідження Л. С. Виготського і Ж. П'яже заклали підвалини такого підходу.

Л. С. Виготський розглядав мову і мислення в єдності. Він вважав, що дитина «присвоює» мову і тому її мовлення має ідентичну схожість за зовнішніми ознаками із мовленням дорослих і своєрідність протікання у послідовності становлення понять. Саме поняття та їх сформованість, за Л. С. Виготським, визначають рівень розвитку мислення. Л. С. Виготський, як вчений системного підходу до психічного розвитку дитини, виходив з визначального впливу появи мовлення на розвиток мислення, стверджуючи, що поява мовлення різко підвищує рівень мислення. Саме відсутність мовлення у глухих дітей і визначає встановлений у дослідженнях дизонтогенез.

Л. І. Фомічова, аналізуючи компенсаційні механізми, вказує на такий компонент як знаковість і доводить, що розвиток інтелекту дошкільника