

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ХЕРСОНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ, ІСТОРІЇ ТА СОЦІОЛОГІЇ  
КАФЕДРА СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ, СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ  
ТА СОЦІОЛОГІЇ**

**ОРГАНІЗАЦІЯ СОЦІАЛЬНО-ПЕДАГОГІЧНОЇ РОБОТИ З  
ГІПЕРАКТИВНИМИ ДІТЬМИ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ**

**Кваліфікаційна робота**

на здобуття ступеня вищої освіти «бакалавр»

Виконала: студентка 4 курсу  
Спеціальності 231 Соціальна робота  
Освітньо-професійної програми «Соціальна робота»  
Діана РОМАНОВА  
Керівник: Ольга ФЕДОРОВА, доцентка  
Рецензент: Світлана БАБАТІНА, доцентка

Херсон – 2021

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП</b> .....	3
<b>РОЗДІЛ 1. Теоретичні аспекти вивчення гіперактивних дітей</b> .....	6
1.1. Історичний аспект визначення синдрому « дефіцит уваги, гіперактивність».....	6
1.2. Особливості гіперактивних дітей .....	12
<b>РОЗДІЛ 2. Організація соціально-педагогічної роботи з гіперактивними молодшими школярами</b> .....	17
2.1. Адаптація до навчання в загальноосвітньому закладі дітей із синдромом дефіциту уваги і гіперактивністю.....	17
2.2. Створення спеціальних умов в загальноосвітній школі для навчання гіперактивних молодших школярів .....	21
<b>ВИСНОВКИ</b> .....	27
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b> .....	30
<b>ДОДАТКИ</b> .....	33
Додаток А. Кодекс академічної доброчесності.....	33
Додаток Б. Заняття для гіперактивних дітей.....	34

## ВСТУП

**Актуальність дослідження.** В останні роки досягнуто великих успіхів у вивченні такого синдрому як синдром дефіциту уваги і гіперактивності (скорочено СДУГ ) у дітей дошкільного та молодшого шкільного віку. Синдром дефіциту уваги і гіперактивності – неврологічноповедінковий розлад розвитку, що починається в дитячому віці. Проявляється такими симптомами, як труднощі концентрації уваги, гіперактивність і погано керована імпульсивність. Діагноз «синдром дефіциту уваги і гіперактивність» має тісний зв'язок з діагнозом «мінімальна мозкова дисфункція» (ММД). Гіперактивні діти – це діти, поведінка яких характеризується неухильною, надмірною активністю та імпульсивністю, що проявляються в різних ситуаціях і зумовлюють стійку соціальну чи шкільну дезадаптацію. Гіперактивність – стан, при якому активність і збудливість людини перевищує норму. У випадку, якщо подібна поведінка є проблемою для інших, гіперактивність трактується як психічний розлад. Гіперактивність частіше зустрічається у дітей і підлітків. Гіперактивність, або гіперкінетичний синдром, – нейропсихіатричний розлад, «вбудований» у темперамент дитини. Серед визначених причин виникнення цих діагнозів фігурують генетична схильність, складний перебіг вагітності і пологів (загроза переривання, передчасні пологи, гіпоксія, пологові травми). Також, вчені припускають, що однією з причин є дисбаланс хімічних речовин (нейромедіаторів) в мозку дитини. Саме цей дисбаланс зумовлює відсутність контролю над поведінкою дитини. Прояви синдрому дефіциту уваги пов'язані з тим, що нервова система дитини дуже вразлива. Вона не в змозі осилити великий обсяг інформації, що надходить із зовнішнього світу. Зайва активність і брак уваги – спроба захиститися від непосильного навантаження на нервову систему. Вперше про СДУГ як про окрему проблему розвитку дітей заговорили ще в 1970 рр. З цього приводу досі точаться запеклі дискусії серед лікарів, психологів та батьків. У десятій

міжнародній класифікації хвороб «синдром дефіциту уваги і гіперактивність» описується у главі «Поведінкові і психічні розлади» (F00-F99). Симптоми синдрому проявляються в порушенні уваги у дітей, їх імпульсивності і збудженості. Якщо ознаки гіперактивності зазвичай зменшуються самі по собі в міру дорослішання дитини, то порушення уваги, відволікання і імпульсивність можуть залишатися у неї на довгі роки, а це є сприятливим ґрунтом для неврозів і соціальної дезадаптації. При відсутності своєчасної корекційної допомоги фахівців і батьків у таких дітей спостерігається дратівливість, агресивність, озлобленість, порушення комунікації. У сучасній системі виховання молодший шкільний вік охоплює період життя дитини від шести до десяти-одинадцяти років. Це перехідний період, коли дитина поєднує в собі риси дитинства з особливостями школяра. Кожен період розвитку дитини характеризується основним видом діяльності. Провідною діяльністю молодшого школяра стає навчання, що істотно змінює мотиви поведінки дитини, відкриває нові джерела розвитку її пізнавальних здібностей. Включаючись в навчання, діти поступово стикаються з певними вимогами, а виконання цих вимог передбачає розвиток нових якостей психіки, відсутніх у дошкільнят. Нові якості виникають і розвиваються у молодших школярів у міру формування навчальної діяльності. Проблема виховання і навчання дітей з підвищеною руховою активністю хвилює педагогів, психологів, психіатрів, батьків. Якщо дитина гіперактивна, то труднощі відчуває не тільки вона сама, а й її оточення: батьки, однолітки, вихователі, вчителі. Зазвичай поведінка таких дітей формується в силу неправильного педагогічного підходу: часті окрики, осуд, покарання, заборони перешкоджають гармонійним взаєминам дітей і дорослих. Корекція синдрому дефіциту уваги у дітей з урахуванням їх індивідуальних особливостей дозволяє організувати більш якісне засвоєння освітніх програм. Без проведення корекційних заходів у дітей із СДУГ можливе зниження інтелектуальної діяльності. Корекційна робота повинна проводитися із застосуванням фармакотерапії, з використанням арт-терапевтичних,

нейропсихологічних методик для зняття збудження емоційного фону дитини, атмосфери прийняття її такою, якою вона є.

Проблему гіперактивності широко розглядали вітчизняні та зарубіжні вчені, такі як М.М. Заваденко, Л.С. Чуйно, Г.Б. Мона, Б.Л. Бейкер, В. Окленд, Дж. Твайман і інші. Але існуючі методи роботи з гіперактивними дітьми молодшого шкільного віку мають недостатньо комплексний характер, що й обумовило вибір теми нашого дослідження **«Організація соціально-педагогічної роботи з гіперактивними дітьми молодшого шкільного віку»**

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Освітньо-кваліфікаційну роботу виконано відповідно до наукової теми кафедри соціальної роботи, соціальної педагогіки та соціології «Сучасні технології формування професійної активності в умовах трансформації сучасного українського суспільства» (державний реєстраційний № 0117U006790). Тему роботи обговорено та затверджено на засіданні кафедри соціальної роботи, соціальної педагогіки та соціології (протокол від 20.10.2020 р. № 3) та наказом по Херсонському державному університету Наказ від 06.04.2021 №430 – Д «Про затвердження тематики кваліфікаційних робіт (проектів) здобувачів ступеня вищої освіти «бакалавр» денної форми навчання у 2020-2021 навчальному році.

**Мета дослідження:** з'ясувати специфіку соціально-педагогічної роботи з гіперактивними дітьми молодшого шкільного віку

**Завдання дослідження:**

- 1.Розкрити історичний аспект визначення синдрому « дефіциту уваги і гіперактивності»;
- 2.Висвітлити особливості гіперактивних дітей;
- 3.Визначити причини синдрому дефіциту уваги і гіперактивності у дітей;
- 4.З'ясувати, як здійснюється організація соціально-педагогічної роботи із гіперактивними дітьми в початковій ланці навчання;

**Об'єкт дослідження** – система соціально-педагогічної роботи з молодшими школярами в загальноосвітньому закладі

**Предмет дослідження** – організаційні умови соціально-педагогічної роботи з гіперактивними дітьми молодшого шкільного віку

Відповідно до предмета, мети і завдань використовувався комплекс **методів** дослідження, зокрема: *теоретичні* - аналіз та узагальнення соціально-педагогічної та спеціальної літератури з метою з'ясування змісту основних понять дослідження, з'ясування сутності організації корекційної роботи з гіперактивними школярами; порівняльно-історичний та хронологічний методи, які дали можливість в історичній ретроспективі дослідити соціально-економічні, соціокультурні фактори і явища, що призводять до психічних розладів; *емпіричні*: спостереження за соціально-виховним процесом у школі, сім'ї; опитування: бесіда, анкетування, інтерв'ю батьків

**Практична значущість:** рекомендації і матеріали кваліфікаційної роботи можуть використовуватись соціальним педагогом, вихователем, психологом під час роботи з гіперактивними дітьми.

**Апробація результатів роботи.** Матеріали дослідження обговорювались на засіданні кафедри соціальної роботи, соціальної педагогіки та соціології (протокол від 01.03.2021р. №8).

**Структура роботи:** обумовлена її змістом та складається зі вступу, трьох розділів, 6 підрозділів, двох малюнків, висновків, та списку використаних джерел. Основний текст дослідження викладено на 30сторінках.

## РОЗДІЛ 1

### Теоретичні аспекти вивчення гіперактивних дітей

#### 1.1 Історичний аспект визначення синдрому «дефіцит уваги, гіперактивність»

Проблема вивчення розладів дитячої поведінки постає дедалі частіше в сучасній психології і педагогіці. Серед порушень поведінки у дітей значне місце посідає гіперактивність, яка є не лише психологічною, а й медико-педагогічною проблемою. На даний час існує велика кількість робіт стосовно вивчення синдрому гіперактивності у дітей, питань етіології, патогенезу, клінічних проявів, лікування та корекції даного порушення. Проте всі ці питання залишаються майже не розглянутими. Тривалий час гіперактивний розлад розглядався лише з точки зору медицини, яка не враховувала психологічних аспектів даного розладу. У 1798 році шотландський лікар О. Кричтон уперше зробив спробу описати симптоми гіперактивності з психологічної точки зору. Він характеризував даний розлад як вроджену хронічну незграбність, що обов'язково призводить до розладів соціальної адаптації. Ще з середини XIX століття розробкою проблеми гіперактивності активно займалися саме лікарі. У 1845 році німецький невропатолог Г. Хофман виклав у книзі для дитячого читання один з перших відомих випадків гіперактивності. В його поемі описано імпульсивну поведінку дитини на ім'я Фіджеті Філ (непосидючий, неспокійний). На початку XX століття в Англії гіперактивність вважали наслідком церебральних порушень та називали «церебральна недостатність», «синдром церебрального ураження». Прихильник даної теорії педіатр Дж. Стіл у своїй лекції описав 43 випадки порушення уваги, гіперактивності, імпульсивної та гіперактивної поведінки у дітей, які представив як дефект морального контролю за поведінкою. Він припустив, що така поведінка є результатом спадкової патології або пологових травм. Крім того, він відмітив переважання даного захворювання серед хлопчиків, його часту сумісність з антисоціальною та

кримінальною поведінкою, зі схильністю до депресій та алкоголізму. Дітей з проявами рухового неспокою, імпульсивністю, порушеннями уваги було описано клініцистом К. Хеллером у 1904 році. Наявність даних симптомів також прослідковувалась у працях німецького педіатра Черні, який в якості корекції даного розладу пропонував вправи на розвиток сил гальмування. У 1917-1918 роках в зв'язку з масштабною епідемією енцефаліту було помічено, що поряд з важкими клінічними порушеннями у дітей, з'явилися й поведінкові розлади. Ці діти та діти, які перенесли мозкові інфекції, пологову травму, травму головного мозку або отруєння токсинами, та мали проблеми в поведінці, були об'єднані терміном «діти з синдромом пошкодження мозку», який пов'язували з інтелектуальними порушеннями. Цей термін застосовувався до дітей з подібною поведінкою, але без ураження головного мозку або затримки розумового розвитку, що призвело до виникнення в 40-50-х роках термінів «мінімальне пошкодження мозку» та «мінімальна мозкова дизфункція», які пропонували зручний спосіб пояснення проблем поведінки фізичними чинниками. Деякі види травм голови можуть викликати синдром гіперактивності. Проте дана теорія була остаточно спростована, оскільки могла пояснити лише незначний відсоток 13 випадків появи синдрому гіперактивності, що були пов'язані з травмами голови.

На підтримку англійського напрямку в вивченні даної проблеми А.

Strauss в 30-х роках минулого століття робить висновок, що причиною дитячої гіперактивності є не лише церебральні ураження, а саме дифузна недостатність головного мозку. В 1932 році F. Kramer та H. Pollnow був розширений перелік причин гіперактивного синдрому. Вони спиралися в основному на анатомічні дані дослідження та зробили висновок про органічну церебральну недостатність у таких дітей. Гіперактивність дитячого віку за F. Kramer та H. Pollnow носила назву «дрангеретизм». У Радянському Союзі проблема гіперактивності була актуальною для медичної науки. Вчені С. Мнухін, Г. Сухарєва, В. Ковальов, Л. Бадалян та ін. розглядали різні



підходи до реабілітації, корекції та підвищення якості життя цих дітей. Так у 20-30 рр. ХХ століття видатний дитячий психіатр Г. Сухарєва описала рухові розлади, нецілеспрямовані, безперервні, надмірні рухи, гримаси, блазнювання у дітей з психомоторними розладами. Вона включала гіперактивний синдром в структуру психопатоподібного синдрому. На її думку в формуванні гіперактивності важливу роль грають як біологічні, так і соціальні чинники. Г. Сухарєва розглядала гіперактивну дитину як пацієнта з «безгальмівним» типом психопатоподібного синдрому. Описані нею клінічні прояви таких дітей схожі до сучасної характеристики синдрому гіперактивності. Гіперактивність, на думку Г. Сухарєвої, – це відображення процесу, в якому значну роль «... відіграють не лише ендогенні, а й екзогенні чинники, не лише біологічні, але й соціальні, не лише якість шкідливого чинника, а й ... його локалізація в головному мозку» Науковці . М. Певзнер, Л. Журба та ін. з 1972 року публікуючи власні наукові дослідження використовують термін «парціальна мозкова дизфункція» та «легка дизфункція мозку». Д. Ісаєв і співавтори вже у 1978 році наблизилися до сучасного визначення синдрому та використовували термін «гіперактивна дитина». У 1981 році В.Ковальов називає даний стан «порушення розвитку», «неправильне дозрівання». Продовжуючи власні дослідження В.Ковальов та А. Лічко трансформують попереднє формулювання у назву «синдром рухової розгальмованості», а пізніше – «гіпердинамічний синдром». Питанням етіології синдрому гіперактивності займалися В.Ковальов, А. Ратнер, Ю. Фесенко. Причинами виникнення порушення вони вважали шкідливі чинники, що призводять до пошкодження головного мозку дитини в перинатальний період розвитку. С. Мнухін до причин виникнення даної патології відносить раннє органічне ураження центральної нервової системи, що виникає до повного формування мозкових систем, тобто до 3 років життя дитини. В. Ковальов, навпаки, вважає, що для виникнення межових психічних розладів вікових обмежень не існує та всі органічні ураження у дітей переходять в кінцеву стадію. Деякі автори відносили синдром

гіперактивності до ряду межових психічних станів. В роботах R. Lemke серед загальновідомих симптомів гіперактивності описуються порушення миміки, що часто проявляються в мимовільному кривлянні. Проте він не відносив наявності даних симптомів до хворобливих, оскільки, на його думку, вони зникають по закінченню підліткового віку. G. Göllnitz вважав рухову розгальмованість, імпульсивність не хворобливими явищами, а абсолютно типовими симптомами для раннього дитячого віку. У 1938 році з'явилися твердження П. Левіна та співавторів про те, що якщо ураження лобних доль головного мозку у приматів призводить до гіперактивності та інших симптомів розладу, то наявність цих симптомів може вказувати на порушення функції мозку, що лежить в їх основі. На основі праць П. Левіна про ураження лобних доль кори головного мозку, А. Штрауса, М. Лоуфера, М. Кнобеля про зв'язок гіперактивності з порушеннями структур таламусу, С. Чеза про ураження головного мозку, що призводить до даного розладу, було введено поняття «дитячий гіперактивний синдром» та «гіперактивний імпульсивний розлад». С. Клементс у 1966 році дав наступне визначення даного розладу: «... захворювання дітей з середнім чи близьким до середнього інтелектуальним рівнем, з порушенням поведінки від легкого до вираженого ступеня в поєднанні з мінімальними відхиленнями в центральній нервовій системі, які можуть характеризуватися різноманітними поєднаннями порушень мовлення, пам'яті, контролю уваги, рухових функцій». У 1962 році науковці у галузі медицини прийняли рішення означити синдром гіперактивності як мінімальна мозкова дизфункція. Американська психіатрична асоціація намагалася розділити всіх дітей з даною патологією на групи. Так в 1968 році з'являється категорія дітей з порушеннями уваги й активності та категорія дітей зі специфічними розладами навчальних навичок (дислексія, дисграфія тощо). В. Дуглас у 1972 році довела, що крім гіперактивності основними симптомами розладу є недостатність (дефіцит) уваги та слабкий контроль імпульсивності. Ця теорія була широко поширена та вплинула на визначення основних критеріїв DSM

для гіперактивного синдрому. Зараз слабка саморегуляція та розгальмованість розглядаються як основні симптоми. У 1975 році увага спеціалістів спрямовується не лише на визначення причин та механізмів розвитку синдрому, а й на дослідження методів лікування розладів поведінки. У 1980 році DSM-III змінює формулювання діагнозу на «Дефіцит уваги з гіперактивністю або без гіперактивності» – це новий різновид синдрому дефіциту уваги, який може протікати тільки з порушенням уваги без гіперактивності. В системі DSM-IV використовуються терміни «синдром дефіциту уваги» та «синдром дефіциту уваги з гіперактивністю», що характеризують порушення поведінки, що найчастіше зустрічаються у дітей (S. Weinstein, A. Rostain, D. Kelly, G. Aylward). У 1990 році з'являється твердження, що синдром гіперактивності є порушенням саморегуляції, для якого характерна зміна когнітивної функції, дефіцит уваги та гальмування, а також порушення пам'яті та виконавчих функцій. Р. Барклі протягом 1994-1997 років розглядає синдром гіперактивності з позиції вчення Л.Виготського, як неправильне усвідомлення пацієнтом своєї поведінки, яка порушує діяльність та саморегуляцію. Активна робота в напрямку просвітлення населення України та цілеспрямованої допомоги дітям з синдромом гіперактивності та їхнім батькам розпочинається з XXI століття. У 2006 році виходять публікації в українських медичних виданнях по проблемі синдрому гіперактивності (І. Марценковський, Я. Бікшаєва, О. Ткачова). На сьогодні опубліковано більш ніж 6500 праць на тему синдрому гіперактивності. Проте залишається багато невирішених питань як у вивченні етіології та патогенезу, так і в аспекті синдромальної та нозологічної приналежності

Американський психолог В. Оклендер так характеризує цих дітей: «Гіперактивній дитині важко всидіти, вона метушлива, багато рухається, крутиться на місці, іноді надмірно балакуча, може дратувати інших манерою своєї поведінки, спостерігається погана координація або недостатній м'язовий контроль, незграбна, ламає речі, проливає молоко. Такій дитині

важко концентрувати свою увагу, вона легко відволікається, часто задає безліч питань, але рідко чекає відповідей »[6]. Він пропонує визначати таких дітей за симптомами: 1. «Дефіцит активної уваги (непослідовна, утримувати увагу не може, не слухає, коли до нього звертаються, з великим ентузіазмом береться за завдання, але так і не закінчує його; зазнає труднощів в організації; часто втрачає речі; уникає нудних завдань, буває забудькуватим)»;

2.«Рухова активність (постійно совається; проявляє ознаки занепокоєння; спить набагато менше, ніж інші діти, дуже балакучий)»;

3.Імпульсивність (починає відповідати, не дослухавши питання, нездатний дочекатися своєї черги, часто втручається, перериває; погано зосереджує увагу, не може дочекатися винагороди; при виконанні завдань поводить по-різному і показує дуже різні результати)».

Хочемо зазначити, що для того, щоб поставити діагноз СДУГ у дитини повинно бути не менше шести симптомів, які характеризують неуважність, і шести симптомів, які говорять про імпульсивність і гіперактивність.

## 1.2 Особливості гіперактивних дітей

Синдром дефіциту уваги і гіперактивність (СДУГ) - це розлад, що виявляється в дошкільному або ранньому шкільному віці. Таким дітям важко контролювати свою поведінку і концентрувати увагу. Встановлено, що від 3-х до 5-ти відсотків дитячої популяції в світі страждають СДУГ. Це означає, що в кожному другому класі, де навчається від 25 до 30-ти дітей, хоча б у одного буде СДУГ. Прояви СДУГ можуть бути розподілені за трьома основними групами симптомів: порушення уваги, імпульсивність і гіперактивність. Сюди відноситься і соціальна дезадаптація. Гіперактивні діти кмітливі і швидко «схоплюють» інформацію, мають неординарні здібності. На протязі років йшла дискусія про те, що інтелектуальний розвиток дитини відрізняється від норми, що дефіцит уваги призводить до

серйозного зниження розумових здібностей. Але експериментальне вивчення цих дітей показало, що програмові завдання вони засвоюють на рівні дітей з нормальним розвитком, а ось вміння робити висновки, засвоїти правила поведінки, самостійно виконувати інструкцію - гірше норми. Дослідження показують, що наочно-образне мислення у дітей з СДУГ також має особливості: є труднощі у виділенні істотних ознак предмета (йде зсув схожих предметів), в розрізненні предметів всередині однієї групи (чобіт - черевик; жираф - верблюд; півень - курча - курка ). Є труднощі і в просторовому (розуміння логіко-граматичних конструкцій) сприйнятті. Серед дітей з СДУГ зустрічаються дійсно талановиті, але й випадки затримки психічного розвитку у даної категорії дітей не є рідкістю. Особливості полягають в тому, що інтелект дітей зберігається, але риси, що характеризують СДУГ: занепокоєння, непосидючість, недостатня цілеспрямованість і імпульсивність, підвищена збудливість, - поєднуються з труднощами під час вироблення навчальних навичок (читання, математики, письма), що призводить до вираженої шкільної дезадаптації. Вони гірше засвоюють інструкції та алгоритми дій, спостерігаються персеверації (нав'язливих повторів) попередніх дій, їх діяльність нестійка. Імпульсивність проявляється в неохайному виконанні завдань (не дивлячись на зусилля все робити правильно), в нестриманості в словах, вчинках і діях (наприклад, вигукування з місця, нездатність дочекатися своєї черги), в невмінні програвати, зайвій наполегливості і відстоюванні своїх інтересів (незважаючи на вимоги дорослого). Присутність дорослого не є для дітей з СДУГ стримуючим фактором: вони і при дорослих поведуть себе так, як інші діти можуть вести себе тільки в їх відсутності. У гіперактивних дітей є і свої особистісні особливості: відсутність почуття безпеки, схильність до агресії, нестійкість до стресу, прагнення задовольняти свої емоції в світі фантазії, тривожність. Все це, поряд зі зниженням уваги і пізнавальних функцій, призводить до зниження їх адаптивного потенціалу. Ці діти прагнуть керувати, поведуться агресивно і вимогливо. Імпульсивні гіперактивні діти

швидко реагують на заборону або різке зауваження, відповідають різкістю, неслухняністю. Спроби стримати їх приводять до дій за принципом «відпущеної пружини». Від цього страждають не тільки оточуючі, але і сама дитина, яка хоче виконати обіцянку, але не може. Традиційно СДУГ розглядають в нашій країні в рамках мінімальних мозкових дисфункцій. До них відносяться дві групи станів за класифікацією МКХ-10. Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю (або гіперкінетичний розлад F9): поведінкові та емоційні розлади дитячого та підліткового віку. У цю ж групу мінімальних мозкових дисфункцій входять порушення психологічного розвитку (F8), розлади мови, розлади шкільних навичок (дизграфія, дислексія, дискалькулія) і диспраксія (статико-локомоторна недостатність).

У результаті впливу нейробиологічних факторів страждають функції цілої мозкової системи контролю уваги і організації поведінки. Ця система включає цілий ряд областей мозку: асоціативна кора, підкіркові вузли, зоровий бугор, мозочок, префронтальна кора. Дитину з СДУГ чекають попереду важкі завдання, бо ключовими симптомами СДУГ є порушення уваги, гіперактивність та імпульсивність. Для того щоб потенціал таких дітей повністю реалізувався, їм потрібні допомога, правильне виховання, розуміння батьків, шкільних психологів, соціальних педагогів і спеціальна система навчання. Ознаки і прояви гіперактивності в дошкільному віці:

- Дитина постійно крутиться.
- Не може всидіти на місці, коли це необхідно.
- Надмірна і безцільна рухова активність.
- Не може тихо, спокійно гратися.
  - Знаходиться в постійному русі.
  - Відрізняється балакучістю.
  - Гіперактивність завжди поєднується з імпульсивністю.
  - Відповідає на питання, не замислюючись.
  - Не може чекати своєї черги.
  - Чи заважає іншим людям, перебиває їх.

Треба сказати, що для СДУГ характерна певна вікова динаміка. Саме прояви гіперактивності зменшуються з віком, а ознаки імпульсивності зберігаються. Що стосується порушень уваги, вони найбільш очевидними стануть тоді, коли дитину готуватимуть до школи або коли почнеться шкільне навчання. Буквально з першого класу школи наступні ознаки будуть дуже яскраво виражені:

- Не утримує увагу на деталях, допускає багато помилок.
- Насилу зберігає увагу при виконанні шкільних та інших завдань.
- Не чує звернену мову.
- Не може дотримуватися інструкцій, доводити справу до кінця.
- Не здатний самостійно спланувати, організувати роботу .
- Уникає справ, що вимагають тривалого розумового напруження.
- Часто втрачає свої речі.
- Легко відволікається.
- Виявляє забудькуватість.

Для того щоб поставити діагноз потрібно підтвердити не менше 6-ти симптомів : неуважності, гіперактивності та імпульсивності. Вперше вони проявляються до 7-ми років. Характеризуються постійністю, поширенням на всі сфери життя. Відповідно, призводять до дезадаптації в школі і вдома. Якщо батьки помічають хоча б половину з перерахованих вище ознак протягом 6 місяців в більш ніж двох ситуаціях (наприклад, вдома, в школі, на прогулянці), і така поведінка заважає соціальній адаптації дитини, варто звернутися до фахівця.

#### Причини виникнення синдрому «гіперактивність, дефіцит уваги»

Негативні фактори впливають на всі періоди розвитку дитини: пренатальний, перинатальний і ранній постнатальний період, а саме: інтоксикації, інфекції, травми, імунна патологія, недоношеність, токсикози, загрози переривання вагітності на різних термінах, родові травми, гіпоксія плода. Тобто по суті, фактори, що характеризуються вираженим, поліморфним негативним

впливом. До негативних факторів відносять і штучне годування, авітаміноз, особливості виховання та ін. Всі ці фактори носять явно неспецифічний характер, що наводить на думку, що СДУГ може бути однією з неспецифічних форм реагування організму на комплекс внутрішніх і зовнішніх загрожуючих впливів. Також виявлений зв'язок СДУГ з резус-конфліктом, віком батьків, аномаліями вагітності і пологів, недостатнім і надмірною вагою при народженні, курінням матері, психічними травмами матері в період вагітності, прийомом деяких харчових добавок і іншими різними негативними факторами, що підкреслює не специфічність СДУГ як патологічного стану. Важливу роль в розвитку і перебігу СДУГ традиційно відводять соціально-психологічним факторам, таким як виховання і психологічний клімат в родині, бідність, кримінальне оточення, психічні розлади у батьків, включаючи алкоголізм, виховання в неповній сім'ї і дитячих установах і інші. Дизонтогенетична - виходить з припущення, що СДУГ - складна асинхронія розвитку, обумовлена безліччю внутрішніх і зовнішніх факторів, що призводять до неспецифічних форм реагування, що асоціюються з психомоторним рівнем реактивності. Дизонтогенетична концепція спочатку передбачає полігенетичну природу СДУГ і подібних до нього станів. Вона узгоджується в повній мірі з уявленнями про еволюцію людини. Таким чином, можна виділити 4 блоки причин походження синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю: 1) генетичні (спадкова схильність); 2) біологічні (органічні ушкодження головного мозку під час вагітності, родові травми); 3) соціально-психологічні (мікроклімат в сім'ї, алкоголізм батьків, умови проживання, неправильна лінія виховання); 4) вплив навколишнього середовища.

На сьогоднішній день виділяють наступні теорії походження синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю: 1. Прихильники нейробіологічних теорій стверджують, що існує якийсь медіатор (катехоламін, серотонін), що впливає на моторику і приводить до порушень поведінки. 2. Автори нейропсихологічних теорій вважають, що існує дефіцит в механізмі



регулювання головного мозку, немає контролю і «гасіння» поведінки. 3. нейроанатомічна теорія порівнює поведінку гіперактивних дітей з поведінкою дітей, у яких спостерігається дисфункція лобної ділянки, але цього немає достатнього підтвердження сучасними методами діагностики (комп'ютерна томографія). 4. Теорії токсичних речовин, що приписують різним речовинам (ароматизаторів, харчових добавок, саліцилатам), а також надмірного споживання цукру і сахарози, але це потребують додаткових досліджень. Подальших розробок і уваги заслуговують як біологічні теорії, так і теорії про психосоціальні походження синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю.

## **РОЗДІЛ 2**

### **Організація соціально-педагогічної роботи з гіперактивними молодшими школярами**

#### **2.1 Адаптація до навчання в загальноосвітньому закладі дітей із синдромом дефіциту уваги і гіперактивністю**

*Правила діяльності дитини з СДУГ на перших кроках перебування в школі:*

По-перше, вчити її : як вести зошит, таблиці, списки нагадування, алгоритми, і чим більше внесено записів, тим краще - наприклад, хід виконання завдання може бути розписаний в спеціальній табличці. Спочатку ми вчимо працювати за зразком, за допомогою вчителя, потім дитина працює самостійно.

По-друге, дуже важливо планувати і не допускати різких змін , бо вони дезорієнтують : де я, куди потрапив, що повинен робити, чому саме це і саме зараз. У дітей повинні бути чіткі правила і зрозумілі результати - за що можна отримати двійку, трійку, п'ятірку, що буде, якщо я буду на уроці відволікатися і викрикувати.

По - третє, чим менше ми звертаємо увагу на дитину, тим краще вона працює, не потрібно говорити : «Так, хто у мене там знову відволікся?», «Хто там базикає на задньому ряду?». Необхідно тихесенько підійти, секретним сигналом постукати по столу (мовляв, ти знову відволікся, повертайся до дійсності) - ось це працює. Похвалити, коли учень щось зробив добре, помітити, коли він уважно слухає. Допомагають також таймери і звукові сигнали, причому таймер повинен бути не репресивним заходом ( «Ось вам 5 хвилин, хто не встиг, той запізнився») - треба навчити по ньому працювати. «Скільки вам потрібно часу на те, щоб зробити це завдання? Давайте спробуємо п'ять хвилин ». Заводимо таймер - добре, якщо він механічний, кухонний, в якому повільно повзе стрілка: дитина бачить сегмент часу, який поступово скорочується, і розуміє, скільки вже пройшло і скільки залишилося. Чи вклався в п'ять хвилин - «Давай оцінимо, скільки тобі ще треба», вчимо відносинам з часом. Деяким гіперактивним підліткам 11-15-ти років зручніше на уроці користуватися електронною книгою, тому що в ній легше знайти потрібну сторінку і потрібне місце за ключовими словами. Буває, що легше здавати домашні завдання набраними на комп'ютері по електронній пошті. Необхідно вчити дітей виконувати великі домашні завдання за алгоритмом: що робимо зараз, що потім, тому що якщо ми це їм дамо на місяць, то вони згадають про це в 11 вечора напередодні здачі, і винувати буде мама. Цілі і завдання потрібно ставити відповідно до віку і особливостей дитини: для гіперактивного першокласника фізично неможливо сидіти весь урок. Але ми можемо поставити йому завдання, наприклад, вставати і виходити з класу не більше двох разів за урок. Чим старшою стає дитина, тим типовішою стає симптоматика, яка характеризується імпульсивністю, підвищеною моторною активністю, неухважністю, однак, на її місці виникає особистісна і емоційно-вольова патологія, яка веде до порушення соціально-психологічного стану. Навіть у дорослому віці у людей, у яких був діагноз СДУГ, може спостерігатися нездатність зосередитися і утримувати увагу,

відволікання на зовнішні подразники, слабка саморегуляція поведінки у важких ситуаціях, в умовах низької мотивації або тривалої монотонної діяльності. З віком прояви імпульсивності здатні трансформуватися в різні форми девіантної поведінки, в тому числі і протиправній. Таким чином, слід приділити велику увагу профілактиці СДУГ, запобіганню сімейній і шкільній депривації дітей.

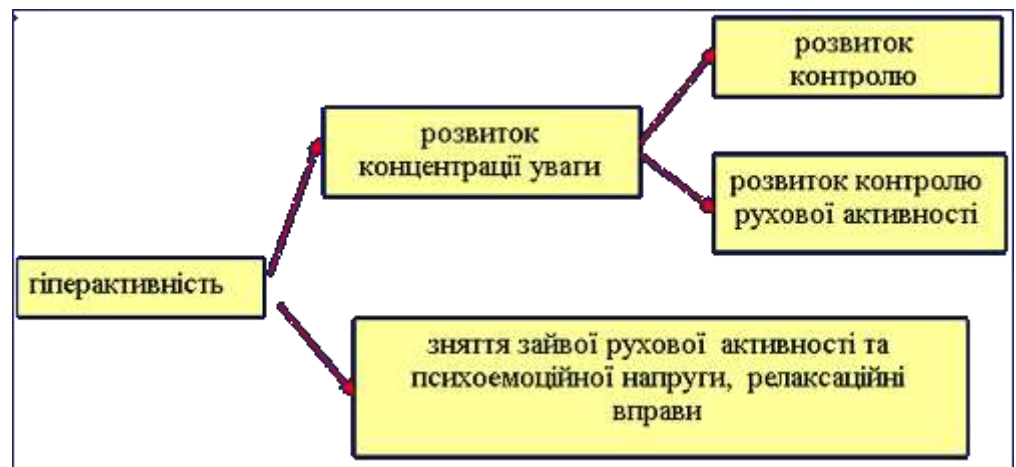


Рис.1. Система побудови корекційної програми для гіперактивних дітей молодшого шкільного віку. Індивідуальна форма.

Якщо в класі є гіперактивна дитина, безсумнівно вона вимагає особливої уваги і підходу. Але не варто забувати і про інших дітей, які перебувають поруч. Необхідно пам'ятати про збереження їх фізичного і психічного здоров'я, коли поруч є гіперактивні діти. Соціальний педагог психолог і сім'я мають вплив на гіперактивних дітей, але їм, однозначно, потрібна кваліфікована медична допомога. Загострення у таких дітей буває в міжсезоння і це необхідно враховувати і своєчасно вживати заходів. Залучення до громадської діяльності, зниження навантажень - це один із способів роботи з такими дітьми, але іноді складається ситуація, що дитина відмовляється виконувати доручення, йому не подобається все, що пропонує вчитель, ігнорує батьків, агресивно реагує на дорослих, грає роль "клоуна", щоб привернути до себе увагу однокласників, тоді залишається один вихід -

не звертати увагу на такий сплеск емоцій, залишити дитину, але ні в якому разі не випускати його з поля зору, обмежити його місцезнаходження (по можливості прибрати колючі предмети, нитки і т.д.). Критикувати таких дітей потрібно якомога рідше, давати поради тільки в доброзичливій формі. А якщо зайві емоційні трапляються на уроці, завдання вчителя не звертати увагу, а як можна швидше залучити весь клас в роботу. Як правило, гіперактивні діти швидше заспокоюються, коли весь клас зайнятий роботою і вже ніхто не реагує на їх вчинки.

Рекомендації педагогам під час роботи гіперактивними дітьми:

- За хорошу поведінку і успіхи в будь-якій діяльності нагороджуйте;
- Робота з гіперактивними дітьми повинна будуватися індивідуально;
- Застосовуйте проблемне навчання, підвищуйте мотивацію. Більше давайте творчих, розвиваючих знань і, навпаки, уникайте монотонної діяльності. Рекомендовано змінювати завдання з невеликим числом запитань.

- Давайте завдання відповідно до робочого темпом і здібностями дитини. Уникайте пред'явлення завищених або занижених вимог до дитини з синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю;

- Створюйте ситуації успіху, в яких дитина мала б можливість проявити свої сильні сторони. Навчіть дитину краще їх використовувати, щоб компенсувати порушені функції за рахунок здорових. Нехай він стане класним експертом з деяких предметів.

- Складні навчальні завдання вивчати з дитиною індивідуально.

Обов'язково оцінювати хорошу поведінку та успіхи в навчанні, хвалити дитину, якщо вона успішно впоралася навіть з невеликим завданням.

2. Зменшити робоче навантаження, в порівнянні з іншими дітьми.

3. Використовувати фізкультхвилинки.

4. У класі бажано мати мінімальну кількість відволікаючих предметів (картин, стендів).

5. Посадити дитину під час заняття, по можливості, поряд з дорослим. Оптимальне місце для гіперактивного дитини - в центрі класу, навпроти дошки, бо вона постійно повинна знаходитися перед очима вчителя. 6. Використовувати фізичний контакт в якості заохочення і зняття напруги.

7. Направляти зайву енергію гіперактивних дітей в корисне русло: під час уроку просити їх допомогти - вимити дошку, роздати папір і т.д.

Учитель повинен пояснити батькам гіперактивного дитини, що їм необхідно дотримуватися певної тактики виховних впливів. Вони повинні пам'ятати, що поліпшення стану дитини «залежить не тільки від спеціально призначеного лікування, але в значній мірі ще і від доброго, спокійного і послідовного відношення до неї. У вихованні дитини з гіперактивністю батькам необхідно уникати двох крайнощів: проявів надмірної жалості і всездозволеності з одного боку, а з іншого - постановки перед ним завищених вимог, які він не в змозі виконати, в поєднанні із зайвою пунктуальністю, жорсткістю і покараннями. Часта зміна вказівок і коливання настрою батьків негативно впливає на дитину.

Напрями роботи соціального педагога відображені на мал. 2.



Мал.2. Напрями роботи соціального педагога з гіперактивними дітьми

## **2.2 Створення спеціальних умов в загальноосвітній школі для навчання гіперактивних молодших школярів**

Найбільших труднощів діти з СДУГ відчують в процесі навчання. Це обумовлено самим характером СДУГ, що перешкоджає засвоєнню навчального матеріалу і формуванню шкільних навичок. У зв'язку з цим учитель, шкільний психолог, соціальний педагог неминуче стають одними з фахівців, залучених до надання допомоги дітям з СДУГ. В цілому методи педагогічної корекції не є абсолютно специфічними для СДУГ. Вони широко використовуються педагогами в повсякденній роботі і спрямовані на ефективну організацію навчального процесу через подачу навчального матеріалу і створення такої атмосфери на уроці, яка максимально підвищує можливості успішного навчання дітей. Навчання дітей в класі повинно бути організованим та структурованим. При необхідності вирішується питання про переведення учня з СДУГ на індивідуальне навчання. Діти і підлітки з СДУГ дуже забудькуваті і розсіяні навіть в самих повсякденних речах. Вони легко ранимі, швидко впадають в нудьгу і дуже часто «літають у хмарах». Їм важко організувати своє дозвілля або виконання уроків. Звичайно ж, всі діти непосидючі і часто поведуться саме так, особливо, якщо сильно схвилювані або чимось захоплені. Однак різниця в тому, що у дітей з синдромом дефіциту уваги і гіперактивності ці симптоми виражені яскравіше, ніж у їхніх однолітків. Така поведінка є для них нормою і проявляється постійно протягом тривалого періоду (іноді протягом усього життя дитини). Воно стосується всіх сфер їх життя - будь то школа, сім'я або спілкування з друзями. А ще діти з СДУГ дуже переживають через свою хворобу. Переживають через те, що відрізняються від однолітків, через те, що оточуючі не розуміють їх, вони не можуть впоратися зі своїм станом самостійно, не можуть контролювати свою поведінку - тому часто впадають в депресію. І школа, і батьки вважають, що це - моральний дефект і дитина

просто ледача, балакуча, незібрана, або, як сказала одна мама, «немає у нього ніякого СДУГ - він просто неуважний і у нього шило в дупі». Все це вважається педагогічною занедбаністю: батьки не навчили дитину, як себе вести, тому школа вимагає від батьків, щоб вони закрутили гайки, посилили дисциплінарні заходи, більше пороли, більше любили, більше з ним займалися. Іноді вчителі поводяться інакше - вони вважають, що або це медична проблема, або дитина божевільна, і значить їй треба в психлікарню або в допоміжну школу. Або кажуть: Лікуєтесь і приходьте». Але СДУГвилікувати не можна, немає таких таблеток, від яких дитина моментально стане зібраним, уважним, зосередженим. Ця ситуація вимагає багаторічного рішення. Бувають ще дивовижні пропозиції зробити спеціальну школу або літній табір для гіперактивних. По-перше, діти в такому колективі не отримують прикладів правильної поведінки, а по-друге, вони запалюються один від одного і моментально спалахують, і управління таким дитячим колективом втрачається вже через п'ять хвилин, далі все перетворюється в хаос. Коли дітей з СДУГ більше одного на клас - вже важко: навколо них виникають вогнища хаосу, учитель починає зосереджуватися на них, і інші, більш тихі, діти виявляються надані самі собі, доводиться перебудовувати порядок уроку, щоб ввести гіперактивних в певний робочий ритм, а їм потрібні мікроцикли: зосередилися, зробили завдання, розслабилися, перепочили - і заново. Останнім часом багато вчителів вважають, що СДУГ - це модний надуманий діагноз, а насправді діти просто невиховані. Буває, що вчителі скаржаться, що у них «цих неуважних і гіперактивних» в класі - кожен другий, починаєш питати, і з'ясовується, що дитина грубіянить на уроці або б'ється, або агресивний, хоча ні хамство, ні агресивність не мають прямого відношення до СДУГ. В результаті всього цього у дитини формується замкнуте коло проблем: вона демонструє погану поведінку - у відповідь на це школа і сім'я посилюють дисципліну, впроваджують якісь репресії. Все це не допомагає вирішити проблему, тому що якщо дитину позбавити обіду, прогулянки, гаджетів, спілкування з дітьми і посадити його

робити уроки з ранку до вечора, це все одно не навчить його створювати алгоритми і не розвине здібності до організації планування. Це викличе природне почуття протесту або почуття «я поганий», тобто відповіддю стає агресія - поведінка дитини закономірно погіршується, навчання теж. Всі ці заходи змушують школяра вести себе гірше, що призводить до погіршення успішності і поведінки, а це, в свою чергу, викликає наступний виток «закручування гайок», що викликає черговий знову протест дитини, і так до нескінченності. Одна мама запитала нас, як їй ще покарати дитину, якщо вона вже позбавлена солодкого, днів народження, нового року, канікул, поїздки на канікули, комп'ютера, телефону, але все одно не змінюється. Тобто очевидно, що покарання не працюють, і тим не менше ця страшна спіраль продовжує і продовжує закручуватися. Іноді приходять батьки і скаржаться, що із-за поведінки дитини починаються сімейні скандали, розлучення, сварки з дитиною, діти намагаються втекти з дому, їх намагаються виключити зі школи. Однак СДУГ зовсім не говорить про нездатність дитини до навчання або про його низький інтелект. СДУГ - це не вирок! Дуже багато дітей із СДУГ, талановиті, креативні, мають хороше почуття гумору, розвинену уяву. Вони дивовижні, вони живуть тільки сьогоднішнім днем! Вони відрізняються від нас і, як метелики, які летять на вогонь, здатні без роздумів зважитися на такі вчинки, на які ми, «думаючі» і «аналізуючі», ніколи не зважилися б. Вони фонтанують ідеями, які можуть здаватися дивними. Але при правильному сприйнятті ці ідеї могли б лягти в основу важливих винаходів. А дивовижний внутрішній світ дітей з СДУГ цілком міг би знайти своє відображення в нових фантастичних напрямках мистецтва, живопису, літератури. У багатьох дітей з СДУГ розвиток навичок соціальної взаємодії запізнюється в порівнянні з однолітками. Без спеціальних коригувальних занять дефіцит навичок соціальної взаємодії зберігається навіть тоді, коли повністю відновлюються когнітивні функції і академічна успішність. Психологічна корекція хлопчиків і дівчаток молодшого шкільного віку з СДУГ відбувається по-різному. Нейропсихолог



В.Д. Єремєєва в своїх дослідженнях щодо вивчення сприйняття у дівчаток і хлопчиків зазначає наступне: ігри дівчаток частіше опираються на ближній зір, хлопчики ж частіше опираються на далекий зір. Плануючи корекційну роботу, необхідно враховувати сприйняття дівчаток і сприйняття хлопчиків. Для хлопчиків ми пропонуємо ігри-конструктори, пазли, лего, що вимагають просторового сприйняття, завдання, спрямовані на образне мислення, уяву; для дівчаток - на асоціативне сприйняття, що пов'язано з вербальною сферою, на швидкість виконання: заповнити таблиці, провести кодування (завдання, пропонувані Д. Векслер, С.Д. Забрамна). Спеціальні дослідження показали, що у хлопчиків скоріше розвивається права півкуля мозку де зосереджені просторові функції, просторово-часові орієнтації, а значить, і краща організація тих видів діяльності, де необхідно просторове мислення, воно у них є вже в 7 років, тоді як у дівчаток його немає і в 13. Що стосується мовленнєвої діяльності, досконалості мовного процесу, то ця сторона, краще розвинена у дівчаток; знаходження ж словесних асоціацій, рішення кросвордів, - краще у хлопчиків. Які особливості емоційної сфери дівчаток і хлопчиків? Були проведені нейропсихологічні дослідження з шестирічними дітьми. Результати показали, що дівчатка і хлопчики сумне обличчя бачать рідше, ніж усміхнене. У мозок інформація про побачене надійшла, але в свідомість не допускається. В кінці першого класу було проведено той же дослідження - у дівчаток картина збереглася повністю, а хлопчики стали частіше говорити, що бачать сумне обличчя. Тобто негативна інформація стала прориватися в свідомість. Важливо відзначити, що результати аналізу мозком позитивних і негативних впливів дуже залежали від особистості вчителя, який працював з ними. У педагога авторитарного типу було помічено, що робота мозку спрямована на прийняття неприємного, що викликає негативні переживання, і ігнорування позитивного. А якщо батьки демонструють авторитарний стиль виховання? Постійно негативний фон, агресивні тенденції прориваються в свідомість, і дитина стає некерованою. У дітей, починаючи з 4-х років, вчені виявили відмінності в мозковій

активності при сприйнятті приємного і неприємного і прийшли до висновку, що хлопчики короткочасно, але яскраво реагують на емоційний фактор, а у дівчаток в ситуації діяльності, що викликає емоції, різко наростає загальна активність, підвищується емоційний тонус кори мозку. Це говорить про те, що у дівчаток (жінок) максимальна орієнтованість організму на виживання. Хлопчики (чоловіки) зазвичай швидко знімають емоційну напругу і замість переживань перемикаються на продуктивну діяльність: можна запропонувати хлопчикам різні спортивні ігри (футбол, хокей, естафетний біг і інші рухливі ігри). Для хлопчиків можна влаштовувати шашкові і шахові турніри, залучати їх до спортивних секцій (боротьба, плавання, боксування). Дорослі повинні враховувати особливості емоційної сфери дівчаток і хлопчиків. Для дівчаток необхідно створювати необхідні умови для розвитку і корекції емоційної сфери, залучаючи їх у театралізовану діяльність, в танцювальні та співочі гуртки. Дівчата дуже чутливі до різних шумів, тому ми пропонуємо створювати для них комфортні відокремлені умови: соціальний педагог може запропонувати їм в індивідуальному порядку заняття з художнього вишивання. Якщо звернутися до історії, то можна згадати той факт, що в'язання винайшли в Італії у XIII столітті чоловіки і протягом декількох століть це було суто чоловічою справою. Тому хлопчикам ми пропонуємо для індивідуальної роботи в'язання на спицях або гачком з метою корекції емоційно-вольової сфери. Творчість і новаторство, пошук нестандартних рішень - це чоловічий стиль, а жіночий - майстерність, точність у виконанні завдань, старанність. Виходячи з перерахованого вище, корекційна робота з дівчатками повинна відрізнитися від корекційної роботи з хлопчиками.

## ВИСНОВКИ

Молодший шкільний вік охоплює період життя дитини від шести до десяти-одинадцяти років. Це перехідний період, коли дитина поєднує в собі риси дитинства з особливостями школяра. Кожен період розвитку дитини характеризується основним видом діяльності. В дошкільному віці – це гра, а у молодшому шкільному віці це навчання. Саме навчання істотно впливає на поведінку дитини, відкриває нові джерела розвитку її пізнавальних здібностей. Включаючись в навчання, діти поступово стикаються з певними вимогами, а виконання цих вимог передбачає розвиток вищих психічних функцій. Проблема виховання і навчання дітей з підвищеною руховою активністю хвилює педагогів, психологів, психіатрів, батьків. Якщо дитина гіперактивна, то труднощі відчуває не тільки вона сама, а й її оточення: батьки, однолітки, вихователі, вчителі. Зазвичай поведінка таких дітей формується в силу неправильного педагогічного підходу: часті окрики, осуд, покарання, заборони перешкоджають гармонійним взаєминам дітей і дорослих. Слід зазначити, що хлопчики страждають цим синдромом в три рази частіше, ніж дівчата. Допомога дітям з синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю завжди повинна бути комплексною і об'єднувати різні підходи, в тому числі роботу з батьками, психологами, педагогами дитини, лікарями, психотерапевтами. Робота з нормалізації гіперактивної поведінки молодшого школяра повинна бути спрямована на вирішення таких завдань: - розвиток активної цілеспрямованої уваги дитини; - в контролюванні поведінки і емоцій дитини; - захист дитини від втоми, оскільки вона веде до зниження самоконтролю і наростання збудженості; - дотримання дитиною певних правил і норм поведінки і т.д. СДУГ не є результатом неправильного виховання, занедбаності або вседозволеності, це наслідок особливої роботи мозку.

Під час дослідження було встановлено, що у роботі з гіперактивними дітьми краще застосовувати арт-терапію, оскільки вона підвищує адаптаційні здатності дитини до повсякденного життя в школі, знижує втому, ліквідує

негативні емоційні стани та їх прояви, пов'язані з навчанням, спирається на здоровий потенціал особистості, внутрішні механізми саморегуляції, розвиває почуття внутрішнього контролю, допомагає вибудувувати стосунки з дитиною на основі любові та взаємної прихильності. Рекомендуємо 2 рази на тиждень по 30-40 хвилин проводити заняття з арт-терапії, спрямованих на зниження тривожності, страхів, підвищення зосередження, самооцінки та отримання насолоди від мистецтва. Отже, якщо змінити поведінку гіперактивної дитини швидко не вдається (це вимагає часу), усе одно потрібно продовжувати систематичний комплексний корекційно-розвивальний підхід, який зумовлює особливості роботи з такими дітьми. Дорослим не слід допустити помилок у навчанні та вихованні дитини, які потім складно виправити, бо психіка маленького індивіда – модель його подальшого розвитку. Формування стосунків між гіперактивними дітьми та їхніми батьками, а також учителями – своєрідний складний трикутник, у центрі якого – особливості розвитку такого школяра. На нашу думку, проблема допомоги дітям із синдромом гіперактивності потребує більш детального вивчення науковцями, переконані, це дасть можливість недопущення ізоляції, відрахування зі школи, примусу приймати заспокійливі препарати, що лише веде до загострення цього явища, а також гальмування процесу формування особистості такої дитини. Ми вважаємо: корекційні заходи стосовно гіперактивних учнів повинні мати комплексний характер, тобто проводитися за участю ряду спеціалістів: психоневролога, психолога, педагогів, батьків. Медичний працівник, який веде спостереження за дитиною і ставить діагноз, насамперед проводить відповідне лікування. Соціальний педагог разом із психологом школи повинні проводити консультації батькам, пояснювати причини виникнення гіперактивності, разом розробляти індивідуальні програми допомоги дитині. Отже, проблема психологічних особливостей молодших школярів із синдромом гіперактивності не повністю розкрита й вимагає подальшого дослідження; ми зробили лише деякі важливі кроки до її вирішення. Перспективу подальших

досліджень психологічних особливостей гіперактивних молодших школярів убачаємо в розробці комплексної корекційно-розвивальної роботи з дітьми, батьками, учителями для подолання проблеми гіперактивності.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Арцишевская И.Л. Работа психолога с гиперактивными детьми в детском саду / И.Л. Арцишевская. – М. : Книголюб, 2003. – 55 с.
2. Атаманчук Н. М. 22 ISSN 2414-004X (Online) ISSN 2414-0023 (Print) Психологічний часопис № 1 (11) 2018 № 1 (11) 2018 <http://ua.appsyjournal.com/> Psychological Journal: Scientific Review of H. S. Kostyuk Institute of Psychology, National Academy of Educational Sciences of Ukraine
3. Заваденко Н.Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте. – М.: Академия, 2005. – 256с.
4. Лютова Е.К., Моница Г.Б. Шпаргалка для взрослых: Психокоррекционная работа с гиперактивным, агрессивными, тревожными и аутичными детьми. – М.: Генезис, 2000. – 192 с.
5. Макаренко С. Психолого-медико-педагогічна допомога гіперактивним дітям/ С. Макаренко // Психолог. Шкільний світ. – 2008. – № 47. – С. 5-19.
6. Окленд В. Окна в мир ребенка: Руководство по детской психологии/ Перев. с англ. - М.: Независимая фирма "Класс", 2000. - 336 с.  
Psychiatry Reviews. – 6. – P. 66-73.
7. Островська К.О. Психологічні характеристики особистості педагогів інклюзивної школи. Матеріали науково-практичного семінару «Диференційоване оцінювання та диференційоване викладання в інклюзивній школі». - Львів, 6.05.2011
8. Панфилова М. А. Графическая методика «Кактус» / М. А. Панфилова // Обруч. – 2000. – №5.– С. 3-6.
9. Панфилова М. А. Такие разные кактусы / М. А. Панфилова // Школьный психолог. – 1998. – № 19. – 18 с. 5. Фесенко Е. В. Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей / Е. В. Фесенко, Ю. А. Фесенко. – СПб. : Наука и Техника, 2010. – 384 с.

10. Педагогическая психология: Учеб. Для студ. высш. учеб. заведений. / Под ред. Н.В. Ключевой – М.: ВЛАДОС-ПРЕСС, 2003. – 400 с.
11. Петрюк І.М. Гіперактивність та дефіцит уваги в дитячому віці як фактор шкільної дезадаптації // Міжнародна науково-практична конференція «Трансформація особистості в умовах соціально-політичних та економічних змін». – Чернівці, 2007. – С.529-534.
12. П'ятакова Г. П. Технологія інтерактивного навчання у вищій школі.// Навчально-методичний посібник для студентів вищих навчальних закладів. - Львів: Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2007- с.7
13. Рибак Ю.В. Корекційна складова у роботі з дітьми з особливими освітніми потребами в умовах інклюзивного навчання. //Матеріали науково-практичного семінару «Інтегрована послуга в умовах інклюзивного навчання». Львів, 30.03.2012
14. Романчук О.І., Гіперактивний розлад з дефіцитом уваги у дітей.//Практичне керівництво. – Львів: Крео, 2008 5. Суковський Є. Гіперактивний розлад з дефіцитом уваги у дітей. // Порадник для батьків. - Львів: Колесо; 2008 - 141 с.
15. Твайман Дж. Если ваш ребенок не такой как все. О воспитании чувствительных детей. – М.: София, 2006. – 272 с.
16. Тохтамиш О.М. Дитяча гіперактивність: виникнення, розвиток, методи психосоціальної допомоги // Актуальні проблеми психології. – К., 2005. – Т.1, ч.14. – С.154-156.
17. Ферт О.Г. Організація середовища в класній кімнаті та ефективної роботи під час навчання дітей з ГРДУ. – К.:Дефектологія, №3 (53), 2009
18. Ферт О.Г. Психолого – педагогічні умови підготовки фахівців до роботи з гіперактивними учнями у системі загальноосвітніх закладів України. – К.:Вища освіта України, додаток 3, том II (9), 2000
19. Фролова Т.О. Допомога гіперактивним дітям / Т.О. Фролова // Психолог. Шкільний світ.–2012.– №1. – С.8- 18.

20. Харланд С. Гиперактивный или сверходаренный? Как помочь нестандартным детям. – СПб.: Весь, 2004. – 147 с.
21. Чикина Е.С. Синдром нарушения внимания с гиперактивностью у детей и подростков. // Трудный пациент. – 2007. – № 2. С. 9-13.
22. Чутко Л. С. Синдром нарушения внимания с гиперактивностью у детей и подростков / Л. С. Чутко, А. Б. Пальчик, Ю. Д. Кропотов. – СПб. : СПбМАПО, 2004. – 112 с.
23. Heller K. A. Psychotogische Probleme der Hochbegabungsforschung / K. A. Heller // Zeitschrift fur Entwicklungspsychologie und Padagogische Psychologic Band XVIII. – Heft 4, 335-361.
24. Kramer F. Hypermotilitatsneurose / F. Kramer, H. Pollnow // Monatschr. Psychol. – 1932. – Vol. 82. – P. 15- 24.
25. Palmer E. D. An early description of ADHD (Inattention Subtype): Dr. Alexander Crichton and the «Mental Restlessness» (1798) / E. D. Palmer, S. Finger // Child Psychology and 13.



## ДОДАТКИ

## Додаток А

Додаток І

КОДЕКС АКАДЕМІЧНОЇ ДОБРОЧЕСНОСТІ  
ДІЮБУВАЧА ВИЩОЇ ОСВІТИ ХЕРСОНСЬКОГО  
ДЕРЖАВНОГО УНІВЕРСИТЕТУ

ж.

*Романова Віра Анатоліївна*

учасник(ки) особистого процесу Херсонського державного університету, УСВІДОМЛЮЮ, що академічна доброчесність – це фундаментальні етичні цінності усієї академічної спільноти університету.

ЗАЯВЛЮЮ, що у своїй особистій і науковій діяльності **ЗОБОВ'ЯЗУЮСЯ**

- дотримуватися:
  - вимог законодавства України та внутрішніх нормативних документів університету, зокрема Статуту Університету;
  - принципів та правил академічної доброчесності;
  - наукової етичності до академічного співвітчужця;
  - моральних норм та правил етичної поведінки;
  - толерантності ставлення до інших;
  - дотримуватися високого рівня культури спілкування;
- підписати згоду на:
  - безопосередочне керування курсовою, кваліфікаційною роботою тощо на основі наявності академічного паченту за допомогою спеціалізованих програмних продуктів;
  - оформлення, збереження в режимі онлайн кваліфікаційних робіт у відкритому доступі в інституційному репозитарії;
  - використання робіт для перевірки на основі наявності академічного паченту в інших роботах пачентів з метою виявлення несправності етичних академічних пачентів;
- самостійно виконувати повноту завдання, завдання заочного І семестрового контролю результатів навчання;
  - надавати достовірну інформацію щодо результатів власної навчальної (наукової, творчої) діяльності, використання методів навчання та джерел інформації;
  - не використовувати результати досліджень інших авторів без авторизації пачентів на його роботу;
  - особисто діяльність: приймати обережно та критично аналізувати традиції університету, формувати йти критичний погляд;
    - не чинити правопорушень і не сприяти їхньому здійсненню іншими особами;
    - підтримувати атмосферу довіри, взаємної підтримки та співпраці в освітньому середовищі;
    - захищати честь, гідність та особисту недоторканність особи, визначеної на І етапі, ІІІ, матеріальної статі, особистої статевості, расової належності, релігійні й політичні переконання;
    - не дискримінувати людей на підставі академічного статусу, а також за національним, расовим, статевим чи іншим належністю;
  - відповідально ставитися до своїх обов'язків, вчасно та сумлінно виконувати свої обов'язки та науково-дослідницькі завдання;
- захищати невизначено у своїй діяльності конфлікти інтересів, зокрема не використовувати службовий і розпорядок в інтересах приватної діяльності, не брати участі в будь-якій діяльності, пов'язаній з обманом, нечесністю, спекуляцією, фальсифікацією;
  - не підроблювати документи;
  - не поширювати неправдиву та викривлену інформацію про інших діюбувачів вищої освіти, викладачів і співробітників;
  - не отримувати і не приймати хабарів за безпідставним отриманням будь-яких переваг або здійснення паченту на якому опирається академічна діяльність;
  - не залучувати й не приймати агресії та насильства проти інших, окремих громадян;
  - не залучати методи матеріальних цінностей, матеріально-технічних баз університету та особистий власності інших студентів та/або працівників;
  - не використовувати без дозволу ректорату (деканату) спеціальні університету в закладах, не пов'язаних з діяльністю університету;
  - не здійснювати і не заохочувати будь-яких форм, спрямованих на те, щоб за допомогою нечесних і недійсних методів досягти власних кар'єрних цілей;
  - не надавати матеріалів власного характеру або біографію іншим студентам та/або працівникам;

УСВІДОМЛЮЮ, що відповідно до чинного законодавства у разі невиконання Кодексу академічної доброчесності буду вестися заходи щодо вжиття заходів відповідно до чинного законодавства щодо академічної доброчесності.

04.03.20  
(дата)*Романова*  
(підпис)*Романова Віра*  
(ім'я, прізвище)

## АВТОРСЬКИЙ ДОГОВІР

### про передачу невиключних прав на використання творів

Херсонський державний університет (далі – Університет) в особі ректора Співаковського Олександра Володимировича, що діє на підставі Статуту та Романова Діана Олегівна (далі – Автор), разом (далі – Сторони) уклали цей договір про наступне

#### 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ

1.1. Цей Авторський договір є договором приєднання

1.2. Автор надає Університету невиключні права щодо використання (в межах цього договору) творів, перелік яких надано у додатку до договору. Вказаний додаток є невід’ємною частиною договору.

#### 2. ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРМІНІВ

**Договір приєднання** – договір, умови якого встановлені Університетом, і який може бути укладений лише шляхом приєднання автора до договору в цілому. Автор не може запропонувати свої умови договору (п.1 ст.634 Цивільного кодексу України).

**Автор** – фізична особа, яка своєю творчою працею створила твір і якій належать **майнові права інтелектуальної власності на нього відповідно до Цивільного кодексу України, Закону України «Про авторське право та суміжні права», іншого закону чи договору.**

**Твори** – створені авторами у результаті творчої діяльності за особистою ініціативою, на замовлення чи в порядку виконання службових обов’язків: літературно письмові твори – книги, брошури, статті, конспекти лекцій, аналітичні огляди, звіти, презентації тощо; ілюстрації, карти, плани, ескізи і пластичні твори, що стосуються географії, топографії, архітектури або науки; аудіовізуальні твори; твори образотворчого мистецтва; фотографічні твори; інші твори, представлені в електронній (у тому числі цифровій) формі, яку може зчитувати комп’ютер (ст. 433 ЦК України, ст. 8 Закону України «Про авторське право і суміжні права»).

#### 3. ПРАВА ТА ОBOB’ЯЗКИ СТОРІН

3.1 Університетський інституційний репозитарій eKhSUIR (електронний архів) – це ресурс відкритого доступу, який розміщено на сервері бібліотеки ХДУ в мережі Інтернет.

3.2. Розміщуючи свої твори в eKhSUIR, Автор приймає умови цього договору. У випадку, коли твір створено у співавторстві, кожен з Авторів приймає умови цього договору.

3.3. Твір не може бути розміщений у eKhSUIR, якщо він порушує права людини на таємницю її особистого і сімейного життя, завдає шкоду громадському порядку, здоров'ю і моральному стану особистості, містить інформацію, що охороняється державою.

3.4. Автор підтверджує, що його твори мають науковий або навчально-методичний характер.

3.5. Автор безкоштовно передає Університету невиключні права на використання творів:

- внесення творів у базу даних eKhSUIR;
- відтворення роботи чи її частин у електронній формі, не змінюючи її змісту;
- виготовлення електронних копій творів для постійного архівного зберігання;
- використання творів без одержання прибутку і на виготовлення його копій для некомерційного розповсюдження;
- надання електронних копій творів для відкритого доступу в мережі Інтернет.

3.6. Автор підтверджує, що розміщуючи роботи у eKhSUIR він не порушує прав третіх осіб (інших авторів або видавництв). Автор підтверджує, що на момент розміщення творів у eKhSUIR лише йому належать виключні майнові права на них, що вони ні повністю, ні частково нікому не передані (не відчужені), що майнові права на твори ні повністю, ні в частині не є предметом застави, судового спору або претензій з боку третіх осіб.

3.7. Якщо роботи є результатом досліджень, які спонсовані або підтримані якою-небудь організацією окрім університету, Автор підтверджує, що виконав усі права і зобов'язання, обумовлені в контракті або угоді.

3.8. Університет в електронному архіві eKhSUIR чітко визначає ім'я автора творів і не вносить ніяких змін до творів.

#### 4. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН

4.1. Сторони зобов'язуються належним чином виконувати умови цього договору.

4.2. Автор зберігає за собою право використовувати самостійно чи передавати аналогічні права на використання творів третім особам.

4.3. Автор самостійно несе всі види відповідальності перед третіми особами, що заявили свої права на твори, відшкодовує Університету всі витрати, спричинені позовами третіх осіб про порушення авторських та інших прав на твори.

4.4. Сторони зобов'язуються здійснювати захист персональних даних, якими вони обмінювались, відповідно Закону України «Про захист персональних даних».

#### 5. СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ. УМОВИ РОЗІРВАННЯ ДОГОВОРУ

5.1. Договір вступає в силу з дати його підписання і діє до повного виконання зобов'язань між сторонами.

5.2. Авторський договір може бути розірваний на вимогу автора, якщо він позбавляється майнових прав на твори, які мав на момент їх розміщення у репозитарії відкритого доступу, а також якщо договір містить інші умови, обтяжливі для автора.

5.3. Усі спори, що виникають при виконанні цього договору вирішуються шляхом переговорів або у суді відповідно до чинного законодавства України.

<p>АВТОР</p> <p>Романова Діана Олегівна</p>  <p>С. Олександрівка, Новотроїцький район Херсонська область, в. Молодіжна,8</p>	<p>УНІВЕРСИТЕТ</p>  <p>Херсонський державний університет</p> <p>м. Херсон</p> <p>вул. Університетська (40 років Жовтня, 27)</p> <p>Держказначейська служба України в м. Київ</p> <p>МФО-820172</p> <p>Код ЄДРПОУ-02125609</p> <p>ІПН 021256021033</p>
<p>ПІДПИС</p>	<p>Ректор ХДУ О.В. Співаковський</p>

**Додаток до авторського договору про передачу невиключних прав  
на використання творів:**

Романова Діана. Організація соціально-педагогічної роботи з гіперактивними дітьми молодшого шкільного віку / Organization of socio-pedagogical work with hyperactive children of primary school age Д.О. Романова; Керівник канд.педагогічних наук, доцента О.В. Федорова; Міністерство освіти і науки України; Херсонський держ.ун-т, ф-т психології, історії та соціології, кафедра соціальної роботи, соціальної педагогіки та соціології. – Херсон: ХДУ, 2021. – 35с.

Назва роботи (українська, англійська) Організація соціально-педагогічної роботи з гіперактивними дітьми молодшого шкільного віку / Organization of socio-pedagogical work with hyperactive children of primary school age

Анотація (українська, англійська)

Роботу присвячено навчанню і вихованню дітей молодшого шкільного віку із синдромом дефіциту уваги і гіперактивності. Гіперактивні діти – це діти, поведінка яких характеризується неухважністю, надмірною активністю та імпульсивністю, що проявляються в різних ситуаціях і зумовлюють стійку соціальну чи шкільну дезадаптацію. Гіперактивність – стан, при якому активність і збудливість людини перевищує норму. У випадку, якщо подібна поведінка є проблемою для інших, гіперактивність трактується як психічний розлад. Гіперактивність частіше зустрічається у дітей і підлітків.

The work is devoted to the education and upbringing of children of primary school age with attention deficit hyperactivity disorder. Hyperactive children are children whose behavior is characterized by inattention, excessive activity and impulsiveness, which are manifested in various situations and lead to persistent social or school maladaptation. Hyperactivity - a condition in which human activity and excitability exceeds the norm. If such behavior is a problem for others, hyperactivity is treated as a mental disorder. Hyperactivity is more common in children and adolescents.

Ключові слова: гіперактивність, форми, методи роботи з гіперактивними, особливості роботи соціального педагога.

Keywords: hyperactivity, forms, methods of working with hyperactive, features of the social pedagogue.

Автор

П. І. Б.Романова Діана Олегівна

Адреса: с. Олександрівка,

Новотроїцький район, Херсонська область,

вул. Молодіжна,8

Університет

Херсонський державний університет

Дата

Підпис

Ректор ХДУ

О.СПІВАКОВСЬКИЙ

## Додаток Б

### Заняття для гіперактивних дітей

Елементи кінезіології – розвиток розумових здібностей і фізичного здоров'я через певні рухові вправи, які включають в себе: розтяжки, дихальні вправи, рухові вправи очей, тілесні вправи, вправи для розвитку дрібної моторики, вправи на релаксацію і масаж.

Зумба – танцювально-розважальна фітнес програма. Проходить в ігровій формі, що дає змогу дітям веселитися і вести себе природньо! Класи включають ключові елементи розвитку: лідерство, повагу, роботу в команді, довіру, почуття власної гідності, розвиток пам'яті, творчості, координації та культурної свідомості.

Базова програма розвитку дитини «Я у світі» зазначає, що кожного малюка ледь не з пелюшок потрібно навчати не лише навичок особистої гігієни, але й мовленнєвої культури. Один з них — використання вправ мовленнєвої гімнастики в різних режимних моментах навчально-виховного процесу, а саме: • у ранковій гімнастиці та корекційній гімнастиці після сну; • у різних видах занять; • у фізкультпаузах і фізкультхвилинках; • в усіх видах ігор. Мовленнєва гімнастика включає: • вправи для розвитку м'язів м'язів та м'язів губ; • артикуляційну гімнастику; • дихальну гімнастику; • голосові вправи.

Всі ми знаємо позитивний вплив східних систем. Є у них і прості за виконанням комплекси вправ. Які підійдуть для використання як фізкультурних пауз, так і самодостатній комплекс вправ. Комплекс вправ тибетського оздоровлення активізує певні точки або ділянки тіла, підвищуючи рівень своєї енергії і покращуючи роботу внутрішніх органів. Крім того, ці техніки дозволяють «розбуркати» організм.

Вправа 1. Енергійно потреть один про одного свої долоні, розтираючими рухам помасажуйте кисті рук – 30 секунд.

Вправа 2. Енергійно потріть долонями свої вуха, вгору-вниз – 15 разів. Візьміть вушну раковину вказівним і великим пальцем і потягніть в різні боки, із зусиллям, кілька разів. У результаті – вуха повинні «спалахнути».

Вправа 3. Розімніть і помасажуйте кожен палець на руці, від нігтьової до нижньої фаланги. Особливо добре масажуйте нігтьову пластину, не забуваючи про бічну сторону пальця. Потягніть кожен палець, кожен суглоб.

Вправа 4. Помасажуйте кінчиками пальців голову, круговими рухами, протягом 30 секунд.

Даоська доктрина вважає, що душа є у кожного з життєво важливих органів. Кожен орган є вмістилищем емоцій, як позитивних, так і негативних. За допомогою цієї практики збільшується життєва сила організму, підвищується енергетичний потенціал внутрішніх органів і систем. Теоретично всі вправи даоських навчань спрямовані на активізацію фізіологічних процесів організму, очищення кровоносних судин, регулювання роботи внутрішніх органів, підвищення імунітету, досягнення рівноваги в обміні речовин, відродження життєвої сили.

Ступні – друге серце людини. Часто масажувати ступні дуже корисно для здоров'я. Традиційна китайська медицина вважає, що в ступнях більше 60 точок, які тісно пов'язані з внутрішніми органами. На ступнях знаходяться рефлексні зони, які зв'язуються майже з усіма органами. Але ступні далеко від серця і у них низька опірність до захворювання. Патогенний фактор, як холод і волога, часто входять в організм через ступні. Тому треба побільше приділяти увагу профілактиці ступнів. Часто масажувати ступні після теплої ванни допоможе видалити захворювання і забезпечити довголіття

Часте ковтання слини забезпечує сто років тривалості життя. Традиційна китайська медицина вважає, що слина – екстракт, виділений організмом. Слина зберігається в Дань-тань (місце в животі, зосередження Ци) і перетворюється на Цзінци (життєва есенція і енергія), який добре



зміцнює шлунково-кишковий тракт, отвори організму (очі, вуха, ніздрі, рот), зволожує кінцівки і внутрішні органи, зміцнює нирки, живить мозок.

Вранці і ввечері стукати зубами забезпечує міцні зуби. Традиційна китайська медицина вважає, що стукіт зубів зміцнює нирки, балансує Інь і Ян, покращує провідність крові та енергії, в результаті уповільнює старіння.

Потягування забезпечує хорошу фігуру і знімає втому. Потягнутися – значить випрямити шию, підняти руки, глибоко дихати, потягувати груди і попереk, рухати суглоби, розслабляти хребет. Яскраві і не звичайні подушки, виконані у вигляді пазла чудово підійдуть для ігор на підлозі. Виконання фізичних вправ або стануть прекрасним декором для дитячої кімнати. Оригінальні подушки незвичайного дизайну, форми або з незвичним наповнювачем. Вони не просто допомагають нам добре відпочити, але здатні зміцнювати здоров'я, покращувати настрій, прикрашати інтер'єр.

#### Ігри з тілом. «Гімнастика для їжачка»

Мета. Зміцнення м'язового «корсета» хребта. Хід. Ведучий показує дітям, як їжачок робить гімнастику. У положенні лежачи на спині підняти руки за голову і максимально витягнутися. Потім, піднімаючи верхню половину тулуба до колін, нахилитися вперед, згрупуватися, обхоплюючи ноги під колінами (їжак згорнувся).

«Кішка». Мета. Гра сприяє емоційному підйому, створює почуття розніженість і тренує м'язи спини і черевного преса, розвиваючи гнучкість і силу. Хід. Ведучий пропонує дітям опуститися на коліна і обпертися долонями в підлогу. Зараз ми будемо зображати кішку. Спочатку кішка незадоволена. Вона вигинає спинку якнайсильніше вгору. Тепер кішка потягується. Спинка прогинається вниз. Рухи повинні бути енергійні, але в той же час плавні і граціозні. Рухи чергуються протягом 2 секунд. Потім дітям пропонується лягти на спину, швидко і граціозно перевертатися то на один, то на інший бік, одночасно виконуючи потягують рухи руками і

ногами на одному боці і згортаються рух на іншому, як це робить кішка, коли дуже задоволена. Вправа виконується протягом 2 секунд. Ведучий дякує дітям.

Бестінг – це елемент фізкультурного заняття, коли діти стають у «Коло побажань» або «Коридор успіху» і по черзі висловлюючи свої мрії та побажання, підтримують друзів . Проводиться для підвищення самооцінки, виховує впевненість у собі, розвиває психічні, емоційні та соціальні якості дитини, дає можливість утвердитись у соціумі. В роботі з гіперактивними використовуємо кольоротерапію, арт-терапію, пісочну терапію, танцювальнорухову терапію, сміхотерапію, казкотерапію.

Дихальна артпедагогіка – гра на духових музичних інструментах. Регулювати силу й тривалість вдиху та видиху чудово допомагає видування повітря через соломинку у склянку з водою у ритм виконуваного музичного твору