

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХЕРСОНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Педагогічний факультет
Кафедра спеціальної освіти

**КОРЕКЦІЯ СИНДРОМУ ДЕФЦИТУ УВАГИ ТА
ГІПЕРАКТИВНОСТІ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З
ПОРУШЕННЯМИ МОВЛЕННЯ ЗАСОБАМИ МУЗИКОТЕРАПІЇ**

Кваліфікаційна робота (проект)
На здобуття ступеня вищої освіти «магістр»

Виконала: здобувачка другого
(магістерського) рівня вищої освіти
291-М групи
Спеціальності 016 Спеціальна освіта
Спеціалізації 016.01. Логопедія
Освітньо-професійної програми Логопедія
Жихаренко Анастасія Іванівна
Керівник: к.пед.н., доцентка Ільїна Н.В.
Рецензент: к.п.н., доц., доц. кафедри
спеціальної освіти Миколаївського
національного університету імені
В.О.Сухомлинського Кисличенко В.А.

Івано-Франківськ, 2023

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. Теоретичний аспект вивчення психолого-педагогічного супроводу дітей дошкільного віку з гіперактивним синдромом.....	7
1.1. Поняття феномену гіперактивний синдром у зарубіжній та вітчизняній літературі.....	7
1.2. Психолого-педагогічна характеристика дітей з гіперактивним синдромом.....	
1.3. Особливості прояву гіперактивного синдрому та дефіциту уваги у дітей з порушенням мовлення.....	
РОЗДІЛ 2. Методика корекції синдрому дефіциту уваги та гіперактивності у дітей дошкільного віку з порушеннями мовлення засобами музикотерапії.....	19
2.1 Організація та методи дослідження дітей дошкільного віку з гіперактивним синдромом.....	19
2.2 Аналіз та інтерпретація результатів дослідження дітей дошкільного віку з гіперактивним синдромом.....	24
2.3 Корекція гіперактивності у дітей дошкільного віку засобами музикотерапії.....	
ВИСНОВКИ.....	38
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	40

ВСТУП

Актуальність дослідження. Останнім часом все більше починають приділяти увагу проблемі дітей із гіперактивним синдромом. Про це свідчать постійно зростаюча кількість публікацій на цю тему. Причиною зазначеного явища є катастрофічне зростання кількості дітей з підвищеною руховою активністю та труднощами зосередження уваги. Зазначений стан є об'єктом досліджень в галузях медицини, психології та педагогіки тощо.

Необхідність розробки, удосконалення діагностичних методів виявлення таких дітей – основні завдання для вчених та практиків. Вкрай важливими є вивчення основних відомостей про прояви, причини, ознаки даного розладу; визначення корекційних методів та прийомів для впровадження в роботу освітньо-виховних закладів; в процес родинного виховання батьків для надання допомоги та підтримки дитині, у якої існують проблеми у поведінці.

У сучасний час існує протиріччя між значимістю психокорекційної роботи та психодіагностичної роботи з дітьми, які страждають на гіперактивний синдром, що пояснюється недостатньою розробленістю теорії та практики даної проблеми в практичній діяльності педагогів. Число дітей з гіперактивний синдром зростає, батьки все частіше не усвідомлюють своєї ролі у допомозі дитині, педагоги не знають методів та прийомів роботи з такою категорією дітей.

Дослідженню феномену гіперактивного синдрому у дітей присвячені праці наступних вчених: М.І. Буянов, В.І. Гарбузов, В.П. Кашенко, Н.І. Озерський, В.М. Трошин, О.В. Халецька та інших.

Враховуючи актуальність проблеми **метою** нашого кваліфікаційного проекту було визначити та експериментально перевірити ефективність корекції синдрому дефіциту уваги та

гіперактивності у дітей дошкільного віку з порушеннями мовлення засобами музикотерапії.

Об'єкт дослідження: процес корекції синдрому дефіциту уваги та гіперактивності у дітей дошкільного віку з порушеннями мовлення.

Предмет дослідження: музикотерапія як засіб корекції синдрому дефіциту уваги та гіперактивності у дітей дошкільного віку з порушеннями мовлення.

Завдання дослідження:

1. Провести аналіз наукової літератури у вітчизняній та зарубіжній психології з проблеми гіперактивного синдрому.

2. Висвітлити теоретичні аспекти організації психолого-педагогічного супроводу дітей дошкільного віку з гіперактивним синдромом

3. Дослідити особливості прояву синдрому дефіциту уваги та гіперактивності у дітей дошкільного віку.

4. Розробити та апробувати методикау корекції синдрому дефіциту уваги та гіперактивності у дітей дошкільного віку з порушеннями мовлення засобами музикотерапії.

Теоретико – методологічна основа. Основним принципом цієї роботи став комплексний підхід до розвитку особистості, основоположником якого вважається Б.Г. Ананьєв. У межах цього підходу особистість сприймається як поєднання показників людини як індивіда, як суб'єкта діяльності як і особистості. [2]

Методологічною основою дослідження так само є основоположні принципи психології: детермінізму – психічні явища, викликані впливом зовнішніх факторів, зумовлюють деякі поведінкові реакції людини (Г. Гельмгольц, Ф. Дондерс, І.М. Сеченов); взаємодії та розвитку – принцип пояснюється тим фактом, що структура світу немислима без їхнього впливу один на одного, як розвиваючий результат процесу взаємодії. [41] Методологію дослідження склали

праці таких вчених: М.І. Буянов, В.І. Гарбузов, В.П. Кащенко, Н.І. Озерецький, В.М. Трошин, О.В. Халецька.

Методи та методики, що застосовуються в дослідженні. Відповідно до мети, завдань, предмету та об'єкту дослідження застосовувалися такі методи:

1. Теоретичні: теоретичний аналіз наукової літератури.
2. Емпіричні: аналіз документів, тестування.
3. Математико-статистичні та інтерпретаційні методи обробки даних.

Достовірність та обґрунтованість отриманих результатів та висновків забезпечується теоретико-методологічною базою проведеного дослідження; використанням методів та методик, адекватних поставленим завданням; комплексним характером застосованих методичних засобів; коректним застосуванням статистичних методів.

Наукова новизна отриманих результатів: було проведено експериментальне дослідження особливостей дітей з гіперактивним синдромом. У роботі були досліджені проблеми гіперактивної поведінки дітей дошкільного віку, виявлено чинники які впливають на посилення гіперактивної поведінки. Досліджено ефективність використання музикотерапії в корекції синдрому дефіциту уваги та гіперактивності у дітей дошкільного віку з порушеннями мовлення.

Практичне значення отриманих результатів полягає в тому, що методики, висновки та весь експериментальний матеріал може бути використаний логопедами, психологами, викладачами та здобувачами вищої освіти.

Апробація результатів дослідження. Результати дослідження доповідалися та обговорювалися на засіданні кафедри спеціальної освіти ХДУ, методичному семінарі кафедри спеціальної освіти ХДУ та знайшли відображення у публікації «Особливості прояву гіперактивного

синдрому у дітей» у альманасі Херсонського державного університету «Магістерські студії».

Структура роботи. Робота складається зі вступу, двох розділів та списку використаних джерел.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНИЙ АСПЕКТ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З ГІПЕРАКТИВНИМ СИНДРОМОМ

1.1. Поняття феномену гіперактивний синдром у зарубіжній та вітчизняній літературі

Гіперактивний розлад в даний час досить поширений, проте дана проблема не вважається новою, оскільки згадки про зазначений феномен у психолого-педагогічній літературі зустрічаються з середини ХІХ століття.

Перший науковий опис синдрому зробив у 1798 р. доктор Олександр Крайтон – шотландський лікар. Зазначений феномен Крайтон називався «психічною невгамовністю». Потім, з'явилися клінічні описи окремих випадків дитячої гіперактивності, які були зроблені в медичній літературі психіатрами та неврологами у ХІХ столітті: Хофманом Х., Іреландом В., Клоустоном Т.

Через деякий час відомий англійський педіатр і перший професор з дитячих хвороб Сер Георг Фредерік Стілл звернув пильну увагу фахівців на «дефекти морального контролю». У 1902 р. перед Королівською академією лікарів було прочитано цикл лекцій, у яких гіперактивність вперше пов'язувалася з біологічною основою, а чи не з поганим вихованням, як передбачалося на той час. Лекції пізніше були опубліковані в журналі «Lancet». Крім цього, лікар першим представив результати своїх спостережень, вони відрізнялися високою точністю, виявленням низки особливостей СДУГ, які через десятиліття знайшли підтвердження у спеціально вжитих дослідженнях:

1. частіше гіперактивний розлад трапляється у хлопчиків;
2. максимальні порушення виявляються у роки шкільного навчання;

3. сімейна схильність до цього розладу вказує на роль спадковості у його розвитку;

4. СДУГ може формуватися внаслідок перенесеного пошкодження центральної нервової системи (ЦНС);

5. серед родичів гіперактивних дітей найчастіше спостерігаються випадки правопорушень, алкоголізму та депресії.

У нашій країні дослідження у сфері дитячої психіатрії почали проводитися з кінця 20-х – 30-х років. Визначний дитячий психіатр Р. Є. Сухарева однією з перших описувала гіперактивність у дітей. Лікар зазначала, що симптоматика психічного захворювання у дітей найчастіше знаходить прояв у психомоторному занепокоєнні, нестійкій поведінці, імпульсивних показниках. Подібні особливості характерні для дітей, які мають незакінчений розвиток головного мозку. При випаданні гальмівного впливу кори набувають перевагу підкіркові механізми. Психомоторні розлади, які зустрічаються у дитини, полягають у руховому занепокоєнні, безцільних, надлишкових, безперервних рухах, гримасуванні, перекиданні, поясненні Г.Є. Сухарьова зазначала, що описані порушення зустрічалися серед неважких та прикордонних форм психічних розладів у дітей[4].

Наприкінці 30-х років у 1938 році професор Л.Г. Левін у результаті тривалих спостережень дійшов несподіваного висновку. Причиною важкої форми рухового занепокоєння є органічна поразка мозку, а основа легкої форми полягає у неправильній поведінці батьків, внаслідок їх нечутливості та порушенні взаєморозуміння з дітьми[1].

В американському штаті Мічиган А. А. Штраус та його співробітники одними з перших стали займатися розробкою спеціальних програм стимулюючого шкільного навчання для дітей з прикордонними інтелектуальними здібностями. На підставі своїх спостережень вони дійшли висновку, що порушення поведінки у дітей з мозковим ушкодженням характеризуються схожістю з картиною наслідків

черепно-мозкової травми у дорослих. Дані цих досліджень виявилися свого часу дуже привабливими, оскільки автори намагалися пояснити труднощі у поведінці та навчанні у дітей із біологічних позицій. Крім того, до цих робіт виявили великий інтерес лікарі, які намагалися лікувати дітей за допомогою методів, заснованих на психоаналітичній теорії, але не отримували задовільних результатів. Проте висновки А. А. Штрауса викликали скептичне ставлення з боку низки фахівців, які критикували його насамперед через відсутність чітких критеріїв для підтвердження органічного ушкодження мозку. У той час як А. А. Штраус і його співробітники сформулювали та почали пропагувати свої теоретичні уявлення, концепція мінімального мозкового ушкодження почала отримувати клінічні та експериментальні обґрунтування. В епідеміологічних дослідженнях було продемонстровано чіткий зв'язок несприятливих факторів під час вагітності та пологів з подальшими порушеннями поведінки у дітей[1].

Отже, вже в 1960 - 1970 роках для позначення варіанта ММД, що проявляється гіперактивністю і слабкістю контролю імпульсів, були запропоновані нові терміни, в яких знайшли відображення провідні прояви цього стану, у тому числі «синдром гіперкінетичної поведінки», «гіперкінетично - імпульсний розлад поведінки», «синдром гіперактивної дитини» так, до основних симптомів стали відносити труднощі утримання та слабкість концентрації уваги, коливання у поведінці, імпульсивність, нездатність до відстрочення отримання винагороди.

У США уявлення про розлади поведінки у дітей знайшли відображення в опублікованій в 1968 класифікації психічних захворювань Американської психіатричної асоціації «DSM-II», де всі захворювання у дітей позначалися як «реакції», а дитяча гіперактивність була позначена як «гіперкінетична реакція дитячого віку». Повна характеристика гіперкінетичної реакції виглядала таким чином: «Розлад

характеризується надмірною руховою активністю, невгамовністю, відволіканням, коротким утриманням уваги, особливо у маленьких дітей; ці порушення зазвичай зменшуються до підліткового віку. Якщо ця поведінка спричинена органічним ушкодженням головного мозку, то діагноз має ставитися під відповідною рубрикою непсихотичного органічного мозкового синдрому». Тим не менш, видаються важливими наступні обставини: віднесення порушень уваги і відволікання до основних симптомів поряд з гіперактивністю і невгамовністю; вказівку на вікову динаміку симптомів та їх поступовий регрес [28].

Тим часом основна частина цих досліджень надалі критикувалася за серйозний методологічний недолік - дослідження ґрунтувалися на застарілих теоретичних концепціях 1950-х років, що виходили, зокрема, уявлення про зв'язок гіперактивності з перезбудженням кори головного мозку. У той же час все частіше дослідники стали спеціально зупинятися на симптомах, які можуть спостерігатися одночасно з гіперактивністю – це порушення уваги, імпульсивності та відволікання. Тепер ці симптоми починають розглядатися як основні ознаки розладу поряд з гіперактивністю [31].

У 80-ті роки значний внесок у розвиток уявлень про дитячу гіперактивність з дефіцитом уваги внесли дослідження в галузі когнітивної психології. Визначальний вплив на розвиток уявлень про цей стан справили роботи канадської дослідниці Вірджинії Дуглас, яка вперше запропонувала розглядати дефіцит уваги як первинний дефект. Теорія В. Дуглас отримала широке визнання і досі впливає на визначення основних діагностичних критеріїв стану, яке отримало назву «гіперактивний розлад з дефіцитом уваги». При цьому головний прояв дефіциту уваги полягає в порушеннях його безперервності або підтримуваної уваги. Діти з СДУГ не можуть, навіть якщо хочуть, виконувати тривалі, монотонні завдання, що вимагають повторення одних і тих самих дій. Зроблений у роботах В. Дуглас акцент на

порушення уваги, поряд з результатами численних подальших досліджень уваги, імпульсивності та когнітивних функцій у гіперактивних дітей, послужив основою для введення в 1980 році в класифікації Американської психіатричної асоціації «DSM-III» і потім у класифікації МКБ-10 терміну «синдром дефіциту уваги з гіперактивністю».

У зв'язку з зростанням інтересу до дефіциту уваги стало вважатися, що гіперактивність не є обов'язковим симптомом розладу. У класифікації «DSM-III» розмежовувалися два варіанти: СДУ з гіперактивністю та СДУ без гіперактивності. Виділення форми СДУ без гіперактивності був досить обґрунтованим, оскільки мало необхідних клінічних і експериментальних підтверджень. Однак ця подія стала потужним стимулом для досліджень різноманітності спектра проявів СДУГ, у тому числі спрямованих на ідентифікацію його варіантів. Звернення до функцій уваги призвело до поглибленого вивчення психологічних аспектів проблеми СДУГ, у тому числі порушень саморегуляції та гальмівного контролю.

Постановка діагнозу СДУГ ґрунтується на наявності не менше шести симптомів хоча б по одному з двох розділів, які стабільно зберігаються протягом 6 місяців. У випадках повної відповідності клінічної картини, що спостерігається, одночасно розділам I і II даних критеріїв ставиться діагноз поєднаної форми СДУГ. Якщо за останні півроку наголошувалося на повній відповідності симптомів критеріям розділу I при частковій їх відповідності критеріям розділу II, то використовується діагностичне формулювання: «СДУГ з переважними порушеннями уваги». При повній відповідності симптомів критеріям розділу II та частковому їх відповідності критеріям розділу I у формулюванні діагнозу вказується: «СДУГ з переважанням гіперактивності та імпульсивності».

Загалом, слід зазначити, що вивчення гіперактивного синдрому у дітей почалося у XIX ст. Отже має відносно невелику практику. З розвитком інтересу до особистості, до вивчення соціологічних процесів, змінювалося ставлення наукового світу до когнітивним процесам. Сприйняття, особливості настрою, співвідношення фізіологічного розвитку організму, ЦНС та комунікативних якостей людини стає об'єктом пильної уваги вчених. Виділяються і основні критерії, що визначають наявність у дитини гіперактивного синдрому. У міру розвитку психології та психіатрії, появі нових методик та медикаментів змінювалися оцінки даного феномену та методи його лікування. У оборот входять нові поняття та терміни, сувора наукова класифікація.

Люди різної професійної спрямованості у трактуваннях поняття зазначеного синдрому мають відмінності. Багатогранно описують проблему педіатри, невропатологи, психологи та педагоги. Тим не менш, кожне визначення містить єдину суть гіперактивного синдрому, що вивчається. У чому складаються загальні складові трактувань?

Термін синдром (від грец. «syndrome» - скупчення, збіг) визначається як поєднане, комплексне порушення психічних функцій, яке виникає у разі ураження окремих зон головного мозку. Закономірним є порушення нормального функціонування окремих компонентів. Порушення поєднують розлади окремих психічних функцій, які внутрішньо пов'язані між собою. До того ж, гіперактивний синдром є поєднанням наступних показників закономірного, типового поєднання симптомів, які виникають при порушенні роботи певних мозкових зон, а також при випадках локального ураження або дисфункції мозку. В основі ураження відзначаються інші причини.

Синдром дефіциту уваги (або гіперактивності) характеризується дисфункцією ЦНС, що знаходить прояв у складності сконцентруватися або підтримати увагу. Порушується навчання та пам'ять. [6]

Слово гіперактивність складається із двох частин. Перша: від грецького «hyper» (над, зверху), що означає перевищення норми. А друга частина – слово «активний» – має латинське коріння. «Activus» має значення «дієвий, діяльний». Зовнішні прояви гіперактивності складаються з неуважності, відволікання, імпульсивності, підвищеної рухової активності. Поряд з гіперактивністю є супутні труднощі у навчанні, проблема взаємовідносин з однолітками та дорослими людьми, є низька самооцінка. Однак рівень гіперактивності не впливає на рівень інтелектуального розвитку дитини. [30]

Гіперкінетичний розлад або синдром дефіциту уваги з гіперактивністю («attention deficit hyperactivity disorder») - це одна з форм мінімальної мозкової дисфункції у дітей. Для зазначеного синдрому характерні патологічно низькі показники уваги та пам'яті, слабкість розумових процесів за наявності нормального рівня інтелекту. При цьому відзначається підвищена стомлюваність. Довільна регуляція розвинена слабо, працездатність та продуктивність під час занять має низькі показники. Прояви рухової розгальмованості, підвищеної імпульсивності та збудливості, тривожності, негативних реакцій, агресивності становлять суть відхилень у поведінці[5].

Отже, гіперактивний синдром - це синдром психомоторної розгальмованості, що виражається в надмірній рухливості, непосидючості, метушливості, незібраності, що в цілому призводить до адаптивних порушень[4]. Загальна симптоматика гіперактивності та імпульсивності стоїть в одному ряду із стійким проявом неуважності на тлі гіперактивного синдрому.

Міжнародна класифікація хвороб 10-перегляду (МКХ-10), рекомендована Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ), відносить синдром дефіциту уваги та гіперактивності до діагнозу «порушення активності та уваги» (F90.0). У разі встановлення діагнозу дефіциту уваги та гіперактивності, обов'язково виявляються загальні

критерії гіперкінетичного розладу (F90). Проте слід розрізняти критерії розладу поведінки (F91). Вони можуть виражатися в неувважності або нездатності уважно відстежувати деталі, у неможливості утримувати увагу під час завдань або ігор, в нездатності послідовно дотримуватись інструкцій або завершувати шкільні завдання, а також у частих відволіканнях на зовнішні стимули. Гіперактивність, згідно з даною класифікацією, полягає в неспокійних рухах частинами тіла, ерзанні на місці, неможливості всидіти на місці, підвищеної шумності в іграх. До прояву гіперактивності відноситься і імпульсивність, коли дитина дає відповідь до завершення питання, не здатна чекати своєї черги, відрізняється балакучістю, неадекватно реагує на соціальні обмеження, часто перериває інших і втручається в розмови або ігри. Розлад проявляється до 7 років, тривалість становить не менше ніж 6 місяців, а рівень інтелекту (IQ) пацієнта має показник вище 50. [9]

Першими дали визначення синдрому і склали ґрунтовний опис американські психіатри М. Люфер та Е. Денхоф, які розпочали свою роботу з 1957 року. На думку, синдром є прояв низки поширених у дитячому віці форм психічних розладів.

Останнім часом дедалі більше дітей під час обстеження потрапляє під категорію діагнозу «мінімальна мозкова дисфункція». У зазначену категорію рекомендується відносити дітей, які мають проблеми з навчанням або поведінкою, розладом уваги, при нормальному рівні інтелекту та легким неврологічним порушенням. Відзначаються характерні ознаки, що виявляються у підвищеній збудливості, емоційній лабільності, дифузних (розсіяних) легких неврологічних симптомах, помірно виражених сенсомоторних та мовленнєвих порушеннях. Характерні розлади у сприйнятті навколишнього світу. Відволікання підвищена і присутня важка поведінка. Недостатньо сформовані навички інтелектуальної діяльності, труднощі у навчанні специфічні. Мінімальна мозкова дисфункція – це наслідки легкого органічного ураження мозку.

Дана патологія виявляється у підвищеній руховій активності, імпульсивних вчинках та дефіциті уваги. До синонімів даного синдрому слід відносити такі терміни як синдром дитячої гіперактивності, синдром дефіциту уваги (СДУ), синдром дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ). Гіперактивність також виявляється у руховій розгальмованості та недостатній концентрації активної уваги. Синдром відноситься до структури невротичних розладів у дітей у дошкільному та молодшому шкільному віці.

1.2. Психолого-педагогічна характеристика дітей з гіперактивним синдромом

Гіперактивність у дітей виникає, коли дітям важко всидіти на одному місці, виконувати інструкції, виконувати дії і слідувати загальноприйнятими правилами і нормам. Такі діти незграбні, часто гублять речі і руйнують предмети. Крім того, діти з СДУГ часто мають проблеми з пам'яттю, увагою та мовою. Вони не вміють зосередитися, спланувати послідовність дій і передбачити результат, тому їх дії часто межують з безвідповідальністю і ризиком для здоров'я.

За останні роки кількість дітей із гіперактивним синдромом значно збільшилося. Як можливі причини фахівці називають різні фактори: погіршення екології, неправильне харчування мам та дітей, хворий спосіб життя. Все це в цілому впливає на розвиток головного мозку та центральної нервової системи (ЦНС).

Чим раніше буде виявлено проблему та намічено курс її подолання, тим вище шанс перемогти відхилення та забезпечити дитині нормальну соціалізацію у майбутньому. Із зазначеною проблемою можуть почати боротися дитячі садки, в яких проблемна дитина на увазі.

Психолог орієнтується на надання допомоги дітям, які мають будь-які відхилення у розвитку та проблеми в освоєнні соціальної насправді. «Домашні» діти зростають серед близьких дорослих людей. У цьому випадку велику та значну допомогу надає установа додаткової освіти. [5]

Наступна умова особистісно орієнтованої роботи – прийняття педагогом-психологом дитини такою, якою вона є, та розуміння її проблем. Психолог розуміє, що дитині важко зосередитися, дотримуватися дисципліну; він переживає його і всіляко прагне йому допомогти. Педагог емпатично (зі співчуттям) приймає події дитини, приносить за вибачення в окремих ситуаціях, показує, що йому соромно, він засмучений провинною, але вірить у зміни на краще. У цілому нині діяльність психолога може відбуватися у двох «режимах».

Першим є робота психолога з дитиною в рамках психологопедагогічного консиліуму – постійно діючого, скоординованого, об'єднаного загальними цілями колективу спеціалістів, що реалізує ту чи іншу стратегію супроводу дитини. Іншим видом діяльності психолога є безпосередня робота як з педагогами, і з батьками проблемних дітей.

Якщо розглядати першу складову діяльності психолога, то вона складається з низки послідовних етапів, що закономірно впливають один з іншого. Первинне обстеження дитини різними фахівцями (у тому числі і психологом) є першим етапом супроводу. Коли первинний прийом проводить психолог, у своїх рекомендаціях він не лише може, але й повинен визначити необхідність участі в обстеженні інших фахівців, а в деяких випадках і послідовність (пріоритетність) проведення обстежень (консультацій) спеціалістами різних профілів.

Таким чином, розробка системи психологічного супроводу дітей дошкільного віку із синдромом гіперактивності дозволяє привести роботу з ними в систему та якісно вплинути на розвиток дітей.

1.3. Особливості прояву гіперактивного синдрому та дефіциту уваги у дітей з порушенням мовлення

Гіперактивний розлад з дефіцитом уваги — основним проявом цього синдрому є порушення у здатності контролювати свою поведінку, дитина імпульсивна та не може зосередитися на будь-якому процесі.

I. Мовна симптоматика.

У гіперактивних дітей часто проявляються мовні вади у писемному, зовнішньому та внутрішньому мовленні.

Усне мовлення:

На рівні звукового складу слова можуть бути такі порушення::

- спотворена вимова окремих звуків;

дитина пропускає звуки;

перестановка звуків;

На рівні речення можуть бути наступні помилки:

пропуски слів у реченні;

діти частіше використовують прості речення;

- порушення логічного зв'язку між реченнями ;
- неправильне вживання прийменників ;

Помилки які характерні для зв'язного мовлення :

дитина дуже швидко розмовляє;

нечітко вимовляє слова;

під час переказу тексту дитина губить речення;

- квапливість мовлення призводить до спотикання;

У дітей з гіперактивністю спостерігаються проблеми з диханням, мовлення відбувається на вдосі.

Присутнє порушення тембру і темпу голосу просодичного аспекту, а також є порушення в наголосах та логічних паузах.

Розлад голосу спостерігається у перенапрузі голосу, іноді через монотонність і носовий відтінок.

Гіперактивні діти важко запам'ятовують зміст, складні речення розділяють на прості та втрачають думку прочитаного.

У таких дітей можуть бути порушені лексико-граматичний склад мовлення та артикуляційна моторика, через це виникають труднощі у формулюванні думок та підборі слів.

Під час корекційної роботи можуть виникати труднощі щодо автоматизації поставлених звуків у зв'язному мовленні, оскільки дітям важко зосереджувати увагу на своєму мовленні.

II. Немовна симптоматика.

Характерні такі порушення:

порушена загальна моторика, діти швидко ходять, роблять різкі та хаотичні рухи. Під час мовлення присутні нав'язливі рухи частин обличчя, рук та ніг.

увага розсіяна та нестійка. Діти не вміють слухати інших. Внаслідок порушення слуху діти погано засвоюють правильне мовлення дорослих.

відсутність логічного мислення

порушення поведінки. Не визнають свого дефекту.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДИКА КОРЕКЦІЇ СИНДРОМУ ДЕФЦИТУ УВАГИ ТА ГІПЕРАКТИВНОСТІ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З ПОРУШЕННЯМИ МОВЛЕННЯ ЗАСОБАМИ МУЗИКОТЕРАПІЇ

2.1 Організація та методи дослідження дітей дошкільного віку з гіперактивним синдромом

Мета нашого дослідження: на основі науково-теоретичного та емпіричного вивчення особливостей гіперактивного синдрому у дітей дошкільного віку розробити програму психолого – педагогічного супроводу та визначити умови її ефективності.

Вхідна діагностика проводилась у період з 5 лютого 2022 року до 23 лютого 2022 року. У дослідженні взяли участь діти у віці 5 – 7 років, 6 дітей із СДУГ, 2 дітей із ММД. Вибірка становила 8 осіб (5 хлопчиків, 3 дівчинки, середній вік – 5,63). Дослідження проводилося у дослідження проводилося у Херсонській заклад дошкільної освіти №9 комбінованого типу.

З метою стандартизації умов проведення дослідження тестування проводилося переважно в той самий час при одній і тій самій обстановці, що знижувало вплив на респондентів сторонніх впливів. Тестування проводилося індивідуально та тривало 25 – 30 хвилин.

Відповідно до поставленої метою були підібрані такі методики:

1. Методика «Графічний диктант» (Д. Б. Ельконін). [11]
2. Методика «Простав значки» (Р.С. Немов).
3. Методика «Запам'ятай і розстав крапки» (Р.С. Немов).
4. Методика «Що тут зайве?» (Р.С. Немов).
5. Методика «Вивчи слова» (Р.С. Немов).
6. Методика «Чим залатати килимок?» (Р.С. Немов).

7. Методика «Чого не вистачає на цих малюнках?» (Р.С. Немов).

8. Методика «Які предмети заховані у малюнках?» (Р.С. Немов).

[3]

1. Методика «Графічний диктант» (Д. Б. Ельконін).

Призначена для вивчення орієнтації у просторі. З її допомогою також визначається вміння виконувати вказівки дорослих та уважно слухати, самостійно виконувати поставлені завдання. Під час проведення методики дитині видається лист у клітинку, з нанесеними чотирма точками які розташовані одна під одною. Дитині дається попереднє пояснення: «Зараз ми з тобою малюватимемо різні візерунки. Треба постаратися, щоб вони вийшли гарними та акуратними. Для цього потрібно уважно слухати мене, я говоритиму, на скільки клітинок і в який бік ти маєш проводити лінію. Проводиться лише та лінія, яку я скажу. Наступну лінію треба починати там, де закінчується попередня, не відриваючи олівця від паперу». Після цього засвоюємо з дитиною, де в неї права в де ліва рука, показуємо на зразку як проводити лінії вправо та вліво. Потім починається малювання тренувального візерунка.

2. Методика «Простав значки» (Р.С. Немов)

Тестове завдання в цій методиці призначене для оцінки перемикання та розподілу уваги дитини. Показуємо дитині малюнок і пояснюємо як потрібно працювати. Робота полягає в тому, щоб у кожній з геометричних фігур поставити той знак, який зображений на зразку, тобто, відповідно, галочку, межу, плюс або точку.

3. Методика «Запам'ятай і розстав крапки» (Р.С. Немов)

За допомогою даної методики оцінюємо обсяг уваги дитини. Використовується стимульний матеріал зображений на малюнку. Лист з точками розрізається на 8 квадратиків, які складаються в стопку таким чином щоб угорі був квадрат з двома точками, а внизу з дев'ятьма.

Перед початком експерименту дитина отримує інструкцію:

«Зараз ми пограємося з тобою у гру на увагу. Я буду тобі одну за одною показувати картки, на яких намальовані крапки, а потім ти сам малюватимеш ці крапки в порожніх клітинках у тих місцях, де ти бачив ці крапки на картках».

Потім дитині на 1-2 с, показують кожну з восьми карток з точками зверху вниз, і після кожної картки пропонуємо дитині зобразити побачені точки на порожньому квадратику за 15 с.

4. Методика «Що тут зайве?» (Р.С. Немов)

Методика призначена для дітей від 4 до 5 років. Під час цієї методики досліджуються процеси образно-логічного мислення, узагальнення та розумові операції аналізу. Для методики знадобиться серія карток, що а яких зображені різні предмети.

Проводимо інструкцію:

«На кожній із цих картинок один із чотирьох зображених на ній предметів є зайвим. Уважно подивися на картинки та визнач, який предмет і чому є зайвим».

На розв'язання задачі відводиться 3 хвилини.

5. Методика «Вивчи слова» (Р.С. Немов)

За допомогою методики визначаємо динаміку процесу заучування. Даємо дитині завдання за кілька спроб вивчити та відтворити ряд, який складається з 12 слів: дерево, лялька, вилка, квітка, телефон, склянка, птах, пальто, лампочка, картина, людина, книга.

Після кожного прослуховування дитина намагається відтворити весь ряд. Експериментатор зазначає кількість слів, яке дитина під час цієї спроби згадала і назвала правильно, і знову зачитує той самий ряд. І так шість разів поспіль, доки не будуть отримані результати відтворення ряду за шість спроб.

6. Методика «Чим залатати килимок?» (Р.С. Немов)

Під час проведення методики ми повинні визначити наскільки дитина в стані, зберігаючи в короткочасній та оперативній пам'яті

образи баченого, практично їх використовувати, вирішуючи наочні завдання. У цій методиці застосовуються картинки, представлені на малюнку. Для того, щоб вирішити задачу, з декількох шматочків матерії, представлених у нижній частині малюнка, необхідно підібрати такий, який найбільше підходить до малюнку килимка.

7. Методика «Чого не вистачає на цих малюнках?» (Р.С. Немов)

Суть цієї методики у тому, що дитині пропонується серія малюнків, представлених малюнку. На кожній не вистачає деталі. Дитина повинна швидко визначити та назвати відсутню деталь.

Потрібно за допомогою секундоміра зафіксувати час, витрачений на виконання завдання. Час роботи оцінюється в балах, які потім є основою висновку про рівень розвитку сприйняття дитини.

8. Методика «Які предмети заховані у малюнках?» (Р.С. Немов)

Демонструємо дитині кілька контурних малюнків, у яких заховані відомі їй предмети. Потім просимо послідовно назвати контури предметів «захованих» у трьох його частинах.

Час виконання завдання обмежується однією хвилиною. Якщо цей час дитина зуміла повністю виконати завдання, його переривають. Якщо дитина впоралася із завданням менше, ніж за 1 хвилину, то фіксують час, витрачений на виконання завдання.

У нашому дослідженні використовувалися такі основні методи:

- ❖ теоретичні: аналіз психологічної, педагогічної, соціологічної, методичної літератури;
- ❖ емпіричні : аналіз документів, тестування;
- ❖ математико-статистичні методи: описативна статистика, порівняльний, інтерпретаційні методи обробки даних.

Описативна статистика. Застосовується на початковому етапі обробки даних для оцінки параметрів розподілу змінних, опис центральної тенденції та мінливості змінних. У нашому дослідженні використовувався критерій асиметрії та ексцесу. При застосуванні цього

критерію розподіл вважається наближеним до нормального закону, якщо показники асиметрії та ексцесу не перевищують своїх стандартних помилок.

Порівняльний аналіз. Дозволяє виявляти відмінності в параметрах будь-якої психологічної ознаки у різних підгрупах. У нашому випадку застосовувався непараметричний Т-критерій Вілкоксона для порівняння двох пов'язаних вибірок за рівнем будь-якої кількісної ознаки, вимірної в безперервній або порядковій шкалі [30].

Дослідження здійснювалося за такими етапами:

1. Підготовка та організація дослідження. У рамках цього підготовчого етапу тиражувалися методики та бланки відповідей, було отримано письмову згоду батьків.

2. Реалізація збору емпіричних даних. Цей етап здійснювався в індивідуальній формі.

3. Обробка одержаних результатів. Заповнені бланки відповідей оброблялися відповідно до ключів використовуваних методик, дані заносилися до зведеної таблиці.

4. Математико-статистичний аналіз даних.

5. Інтерпретація результатів, формулювання висновків, графічне представлення даних.

З метою перевірки висунутої гіпотези використовувався комплекс завдань дослідження:

1. Спланувати, організувати та провести дослідження.

2. Опрацювати результати дослідження та на підставі цих результатів зробити висновки.

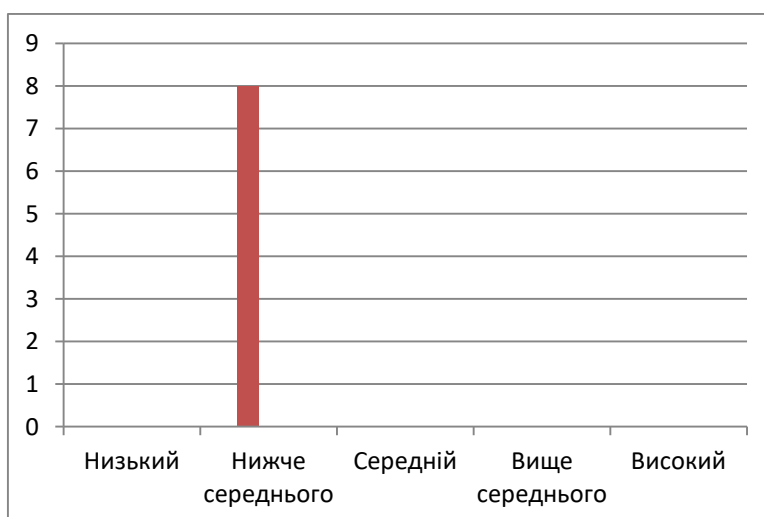
2.2 Аналіз та інтерпретація результатів дослідження дітей дошкільного віку з гіперактивним синдромом

Розглянемо результати показників рівня вираженості гіперактивного синдрому в дітей віком перед проведенням програми.

Проаналізувавши отримані результати за методикою «Графічний диктант» у всіх дітей (8 із 8) виявлено показники нижче за середній. Ступінь виразності рівня вказує на те, що діти неухважно слухають і неточно сприймають чи утримують усну інструкцію і готові діяти самостійно.

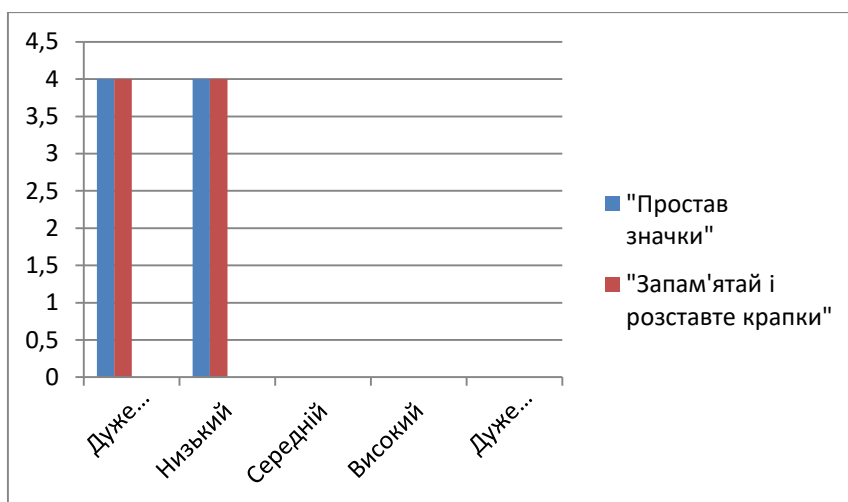
Розглянемо результати показників рівня вираженості гіперактивного синдрому перед проведенням програми.

За методикою «Графічний диктант» у всіх дітей виявлено показники нижче за середній. Ступінь виразності показника вказує на те, що діти неухважно слухають і неточно сприймають або не утримують усну інструкцію та не готові діяти самостійно.



Діаграма 2.1 «Графічний диктант»

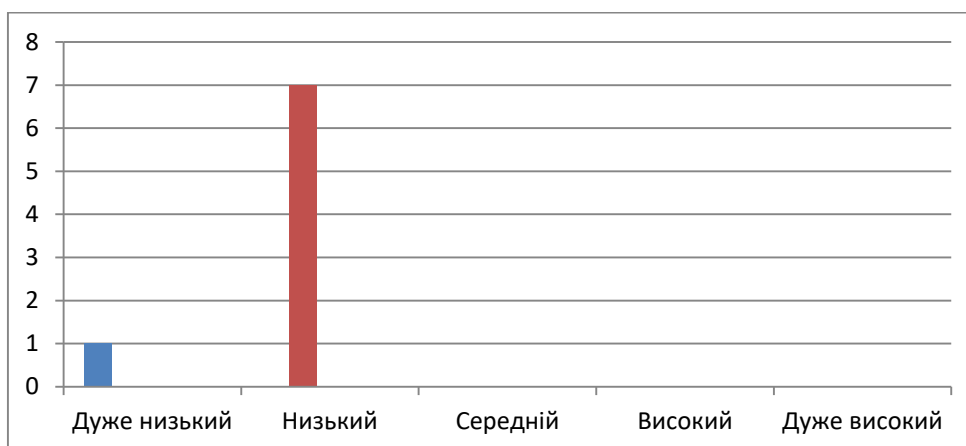
Для оцінки перемикання та розподілу уваги нами використовувалася методика «Простав значки», для оцінки обсягу уваги дитини – методика «Запам'ятай та розстав крапки».



Діаграма 2.2.

В результаті проведеного дослідження було встановлено, що 4 з 8 піддослідних за обома методиками мають дуже низький рівень та 4 з 8 дітей – низький. Це говорить про низьку швидкість переміщення уваги, невміння розподіляти увагу, а також про нездатність зосереджуватися на кількох об'єктах.

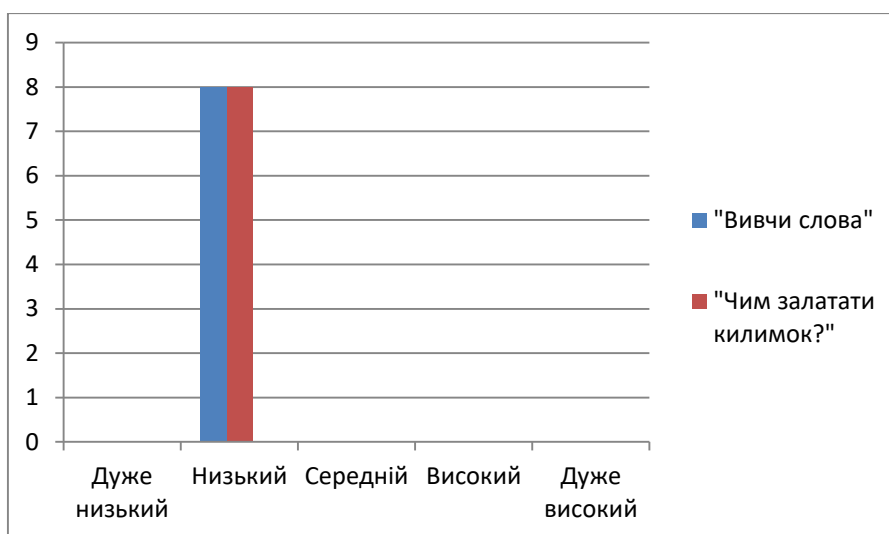
Окрім цього, у нашій роботі ми використали методичку «Що тут зайве?» Одна дитина з восьми показала дуже низький рівень образно - логічного мислення, 7 з 8 - низький рівень, що говорить про складнощі, що виникають при операціях аналізу і узагальнення.



Діаграма 3 «Що тут зайве?»

З метою діагностики пам'яті ми застосовували такі методички: «Вивчи слова» (динаміка процесів заучування) та «Чим залатати

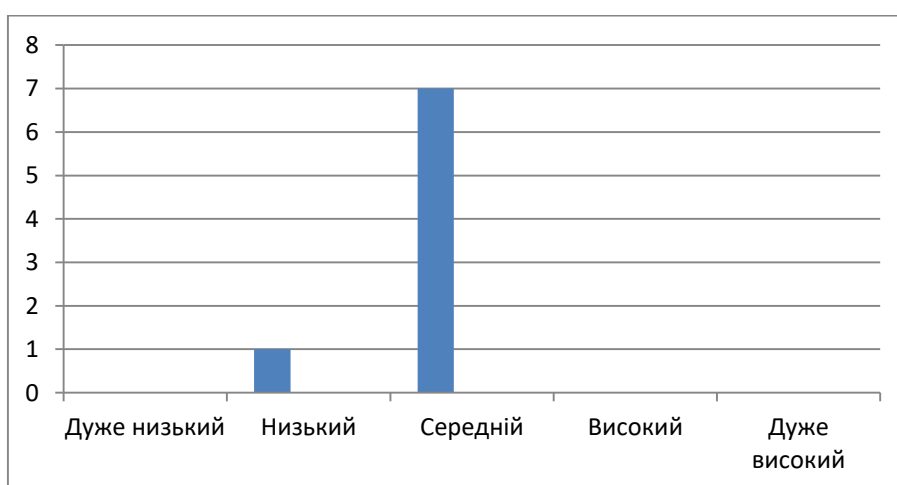
килимок?» (Збереження візуальних образів у короткочасній та оперативній пам'яті).



Діаграма 2.4

У всіх піддослідних (8 з 8) виявлено низький рівень за обома методиками. Це говорить про те, що діти мають складності із запам'ятовуванням, із заучуванням та вирішенням наочних завдань.

Діагностику сприйняття ми проводили за методикою «Чого не вистачає цих малюнках?». В результаті дослідження у однієї дитини виражений низький рівень сприйняття, і у семи дітей – середній. Дані результати свідчать про умовну вікову норму.



Діаграма 5 «Чого не вистачає на цих малюнках?»

Крім цього, діагностика сприйняття проводилася за методикою «Які предмети заховані на малюнках?». Аналіз отриманих даних показав, що у двох дітей з восьми є низький рівень сприйняття, а у шести – середній, що також говорить про умовну вікову норму.

Діаграма 6 Які предмети заховані на малюнках?

На підтвердження значних відмінностей проведено порівняльний аналіз з допомогою T – критерію Вілкоксона. Нами виявили значні відмінності за методикою «Графічний диктант» ($T=-2,271$, $p=0,02$).

Під час проведення первинної діагностики усі діти слухали не уважно, відволікалися, до самостійної роботи були готові. Після реалізації програми відбулися такі зміни: діти стали уважнішими, сприйняття усних інструкцій покращилося, а також деякі завдання діти стали виконувати самостійно.

За методикою «Вивчи слова» нами виявлено зміни ($T=-2,460$, $p=0,01$).

Аналіз результатів первинної діагностики за методикою «Які предмети заховані на цих малюнках?» показав, що отримані дані відповідають віковій нормі. Діагностика, проведена після завершення програми, виявила значні поліпшення ($T=-2,000$, $p=0,04$). Скоротився час виконання завдання; діти відтворили більше картинок, які побачили та запам'ятали.

Таким чином, можна зробити такий висновок, що після реалізації програми у всіх дітей відзначено покращення пам'яті, орієнтації у просторі та сприйняття, образно – логічного мислення. Це дозволяє говорити, що розроблена нами програма ефективна і може застосовуватися в організації корекційно-розвивальної роботи з дітьми з гіперактивним синдромом.

2.3 Корекція гіперактивності у дітей дошкільного віку засобами музикотерапії

На основі отриманих даних, нами було проведене дослідження, метою якого була корекція гіперактивності у дітей дошкільного віку засобами музикотерапії..

Діти які брали участь у константувальному експерименті були поділені на дві групи: контрольну та експериментальну.

Оскільки гіперактивні діти характеризуються неконтрольованою руховою активністю, то гіперактивна дитина завжди поспішає, поспішає, що відбивається і його соціально-емоційному розвитку. Експресивність та імпульсивність дій таких дітей часто стає на заваді успішності їх соціалізації.

У корекції гіперактивності можуть застосовуватись різні методи:

- медикаментозна терапія (особливо поширена там);
- поведінкова терапія (ключовим моментом поведінкової програми корекції служить зміна оточення дитини у школі та вдома з метою створення сприятливих умов для подолання відставання у розвитку психічних функцій [4];
- спеціальне навчання (навчання в особливих умовах, що відповідають його здібностям);
- рухова активність;
- психотерапія (візуалізація, медитація, аутогенне тренування, гіпноз самогіпноз як метод керованої уяви, арт-терапія, музикотерапія)

Одним із ефективних методів може бути музикотерапія.

Музична терапія – широке поле для використання різних методів та технологій, що використовують музику, співи, окремі звуки та звукопоєднання з лікувальною або відновлювальною метою.

Музичні заняття можуть включати: розтяжки, дихальні вправи, ритмічні рухи, сприйняття музики, спів, рухливі музичні ігри, гру на дитячих музичних інструментах, релаксацію.

Результатами корекції поведінки дітей дошкільного та початкового шкільного віку засобами музичної терапії мають бути:

- розвиток комунікативних навичок (подолання емоційного дискомфорту, підвищення контактності, дружелюбності, доброзичливості);
- розвиток стійкості слухової уваги та пам'яті;
- можливість самовираження та можливість бути почутим через зорову, тактильну та рухову передачу образу;
- розвиток координації рухів, дрібної моторики, просторової орієнтації та почуття ритму.

Ця частина програми розрахована на фахівців (психологів, педагогів, фахівців із соціальної роботи, а також батьків), які працюють із гіперактивними дітьми.

Вона складається із 10 занять.

За дотримання режиму проведення - 2 заняття на тиждень, цикл розрахований на 2 місяці.

Час проведення - 25-30 хвилин.

Оптимальна кількість учасників групи - 10 осіб.

Вік – 6-10 років.

Заняття можуть відбуватися як у мікрогрупах, і індивідуально.

У складних випадках можливе збільшення кількості занять до повної корекції СДУГ.

У програмі застосовуються вправи, розроблені Л.В. Костянтинової, Є.К. Лютова, Г.Б. Моніної, А. Л. Сиротюк. [19; 28; 30]

Структура програми передбачає цільової установки перед заняттям. Цілі визначені для кожного виду діяльності та адресовані коригувати гіперактивність та закріплені у наступних заняттях.

Структура заняття:

- розтяжка – 1-2 хвилини;
- дихальна вправа – 3-4 хвилини;

- ритмічні рухи – 3-5 хвилин;
- сприйняття музики – 5 хвилин;
- Спів – 3-5 хвилин;
- музична гра – 5 хвилин;
- релаксація – 4-5 хвилин.

Методичне забезпечення заняття

У заняття включені музичні ігри, у яких використовувалися ігрові методи. Вони відповідають запитам дітей дошкільного та початкового шкільного віку. В основі гри найчастіше програмна музика, яка підказує перебіг дії сюжетної гри, музичну характеристику персонажів. У ході гри діти є машиністом, що веде поїзд; квіткою, яка виростає з насіння, тягнеться до сонечка, розпускає свої пелюстки; метеликом, що летить з квітки на квітку, а відповідна характеру музика надає особливий емоційний настрій їхнім діям.

Гіперактивний синдром визначений як стійкий прояв неувважності за загальної симптоматики гіперактивності та імпульсивності.

Це синдром психомоторної розгальмованості, який проявляється надмірною рухливістю, непосидючістю, метушливістю, незібраністю, що призводить до порушення адаптації.

Актуальність програми обумовлена соціальною ситуацією, за якої, незважаючи на розвинену систему роботи з дітьми в системі освіти, існує категорія дітей з гіперактивним синдромом, які перебувають на домашньому навчанні.

Робота з такими дітьми у центрі додаткової освіти дозволяє своєчасно діагностувати зміни у їхньому психологічному стані та проводити корекційно – розвиваючу роботу, що сприятиме зниженню прояву гіперактивного синдрому, тобто зниженню рівня гіперактивності, імпульсивності та неувважності.

Зміст програми корекційно-розвивальної роботи визначають такі принципи:

Дотримання інтересів дитини. (проблема дитини вирішується з максимальною користю і на користь дитини).

Системність, системний підхід до аналізу розвитку та корекції порушень дітей з особливими потребами; всебічний підхід спеціалістів різного профілю, взаємодія та узгодженість їх дій у вирішенні проблем дитини; участь у цьому процесі всіх учасників освітнього процесу.

Принцип діяльнісного підходу (корекційно-розвиваюча робота спирається на провідний вид діяльності, властивий віку, цілеспрямовано формус, тому що тільки в діяльності відбувається розвиток та формування дитини.

Безперервність. Принцип гарантує дитині та її батькам (законним представникам) допомогу до вирішення проблеми чи її вирішення.

Варіативність. Принцип передбачає створення варіативних умов отримання освіти дітьми, мають різні недоліки у фізичному чи психічному розвитку.

Рекомендаційний характер надання допомоги. Дотримання гарантованих прав батьків (законних представників) дітей з особливими потребами обирати форми здобуття дітьми освіти, освітні установи, захищати законні права та інтереси дітей, включаючи обов'язкове узгодження з батьками (законними представниками) питання про направлення (переведення) дітей з обмеженими можливостями здоров'я у спеціальні (Корекційні) освітні установи (класи, групи).

Гуманізму – віра у можливості дитини, суб'єктної, позитивної. Застосування принципу гуманізму потребує творчого позитивного підходу. Важливо не підміняти гуманізм жалістю, за якою ховається невіра в позитивні сили та якості.

Принцип реальності – передбачає, насамперед врахування реальних можливостей дитини та ситуації. Реалістичність – не самоціль, а умова успішної адаптації та розвитку. Фахівцеві, який проводить корекційно-розвивальну роботу, важливо допомогти дитині прийняти

себе такою, якою вона є, відокремити реальні можливості від «фантазійних», ідеальних установок.

Принцип творчості – означає максимальну орієнтацію на творче початок у процесі, придбання дитиною власного досвіду творчої діяльності.

Принцип індивідуально-диференційованого підходу передбачає зміни, форм та способів корекційно-розвивальної роботи залежно від індивідуальних особливостей дитини, цілей роботи, позиції та можливостей спеціалістів. Навіть при використанні групових форм роботи корекційно – розвиваючі впливи повинні бути спрямовані на кожен окрему дитину, враховувати її стан у кожний момент, проводиться відповідно до її індивідуального темпу розвитку.

Методичні засоби роботи:

- фізичні ігри та вправи;
- музичний супровід;
- танцювальні ігри;
- ігри в розвитку навичок спілкування;
- малювання, кляксографії;
- пальчикова гімнастика;
- рухливі та малорухливі ігри,
- словесні ігри;
- релаксаційні вправи.

Методи та техніки:

- тілесна терапія;
- ігротерапія;
- казкотерапія;
- світлотерапія;
- аутотренінг (з використанням віршів, запису звуків природи, релаксаційної музики);
- музикотерапія;

- комплекс вправ на розвиток емоційно-вольової та когнітивної сфери;

- дихальні вправи;

- комплекс вправ та ігор на розвиток дрібної моторики;

малорухливі та рухливі ігри на зняття м'язової напруги, емоційна розрядка.

Матеріальне оснащення: дозволяє забезпечити адаптивне та корекційно-розвивальне середовище. Є спеціально обладнаний кабінет психолога для проведення корекційних занять з гіперактивними дітьми (обладнання сенсорної кімнати, іграшки, дидактичний матеріал).

Форма занять: групова.

Структура занять: всі заняття мають певну структуру, що наповнюється різним змістом. Структура розробили з урахуванням вікових особливостей дітей дошкільного віку. Заняття побудовані так що, один вид діяльності змінюється іншим. Це дозволяє зробити роботу дітей насиченою, діти будуть менше втомлюватися завдяки частим перемиканням з одного виду діяльності на інший. Заняття складається з кількох частин, кожна частина може бути використана самостійно.

Частина 1. Вступна

Мета вступної частини заняття – встановити емоційний контакт між дітьми, настроїти групу на спільну роботу.

Частина 2. Робоча

В цій частині основне смислове навантаження всього заняття. До неї входять, вправи та ігри, спрямовані на розвиток та часткову корекцію емоційно-особистісної та пізнавальної сфер дитини за допомогою арт-терапії.

Основні процедури:

- Елементи казкотерапії з імпровізацією;

- ігри в розвитку навичок спілкування;

- ігри в розвитку сприйняття, пам'яті, уваги, уяви;

- малювання, кляксографії.

Частина 3. Релаксація

Метою цієї частини є:

- вправи на м'язову релаксацію, що знижують рівень збудження, знімають напругу;
- дихальну гімнастику, яка діє заспокійливо на нервову систему;
- мімічну гімнастику, спрямовану зняття загальної напруги.

Частина 4. Завершальна

Основною метою цієї частини заняття є закріплення позитивних емоцій від роботи на занятті. В цій частині передбачається проведення будь-якої спільної гри-забави чи іншої колективної діяльності, наприклад, створення загального малюнка.

Передбачуваний результат:

- Зняття негативних реакцій;
- емоційний добробут, який забезпечує ефективний розвиток здібностей кожної дитини;
- розвиток розмовної мови, поповнення словникового запасу дітей;
- розвиток пізнавальних процесів: пам'ять, уяву, слухову та зорову увагу, сприйняття, наочно – образне мислення.

Етапи реалізації програми:

1. Організаційно – діагностичний:

- підбір та вивчення методичної літератури;
- проведення діагностичних заходів;
- обробка та аналіз отриманих результатів;
- Проведення психолого-педагогічних консилиумів.

2. Корекційно - розвиваючий етап:

- практична реалізація програми.

3. Аналітико - узагальнюючий етап:

- проведення підсумкової діагностики;
- обробка та аналіз отриманих результатів;

- аналіз результатів корекційно-розвивальної роботи.

Таблиця 2.1

Етапи реалізації програми

Адресат	Вид діяльності	Кількість зустрічей	Час
Організаційно – діагностичний етап (лютий)			
Батьки	Групові та індивідуальні консультації	9	6 ч
Діти	Діагностика: пам'яті, уваги, сприйняття	16	8 ч.
Корекційно - розвиваючий етап (березень - квітень)			
Батьки	Групові та індивідуальні консультації Батьківський всеобуч	6	5 ч
Діти	Корекційно - розвиваючі заняття	28	14 ч
Аналітико – узагальнюючий етап (травень)			
Батьки	Індивідуальні консультації щодо результатів діагностики	8	5 ч 20 м
Діти	Підсумкова діагностика	16	8 ч
Усього		83	46 ч 20 м

Рекомендації для педагогів щодо взаємодії з гіперактивними дітьми

- Не слід змушувати гіперактивну дитину займатися більше, ніж може (не 20 хв., а 10 хв.)
- Під час занять обмежувати до мінімуму відволікаючі фактори.
- Бути експресивним, театральним вихователем: незвичність у поведінці педагога може допомогти дитині сконцентрувати увагу.
- Дитину краще посадити поряд із вихователем.
- Забезпечте дитині можливість швидкого звернення за допомогою.
- Інструкції, які вихователю дає дитині, мають бути дуже конкретні і містити не більше 10 слів.
- Гіперактивну дитину необхідно частіше заохочувати.

- По можливості ігноруйте зухвалі вчинки дитини.
- Намагайтеся бути поруч із дитиною, коли вона виконує якесь завдання.
- При кожному слухному випадку давайте дитині можливість приймати він відповідальність.
- На певний час давайте лише одне завдання.
- Створюйте ситуації успіху, в яких дитина мала б можливість виявити свої сильні сторони.
- Давайте завдання відповідно до робочого темпу та здібностями учня.
- Давайте лише одне завдання.
- Спільно з психологами допомагайте дитині адаптуватися до умовах дитячого садка.
- Спрямовуйте зайву енергію гіперактивних дітей на корисне русло.
- Робота з гіперактивними дітьми має будуватися індивідуально.
- Змінюйте режим заняття – влаштовуйте хвилини активного відпочинку з легкими фізичними вправами
- Введіть знакову систему оцінювання. Хороша поведінка та успіхи у навчанні винагороджуйте. Не шкодуйте усно похвалити дитину, якщо він успішно впорався навіть із невеликим завданням.
- Дотримуйтеся позитивної моделі поведінки, не соромтеся хвалити дитину.
- Забезпечуйте для дитини індивідуальні умови, які допомагають йому бути організованішим.
- Завжди пам'ятайте: необхідно домовлятися, а не намагатися зламати.

Протягом виробничої практики ми з дітьми працювали за даною програмою.

В результаті ми отримали у дітей експериментальної групи помітне покращення пам'яті, мислення, діти почали краще зосереджувати увагу та контролювати свої дії.

В контрольній групі також була позитивна динаміка, але результати були гірші ніж у першій групі.

Таким чином можна зробити висновок, що розроблена нами програма ефективна і її можна використовувати для організації роботи з гіперактивними дітьми

ВИСНОВКИ

Гіперактивний синдром як науковий феномен, його прояви а також специфіка проведення та організації корекційно – розвиваючої роботи з дітьми з гіперактивним синдромом на сьогоднішній день є одним з найбільш вивчених і водночас перспективних напрямків у сучасній психології та педагогіці, про що свідчить велика кількість різних наукових публікацій з цієї проблеми дослідження.

Сьогодні спостерігається ситуація, за якої спостерігається зростання кількості випадків постановки дітям діагнозу СДУГ, що дозволяє нам говорити про те, що проблема носить міждисциплінарний характер і потребує систематичного та комплексного її вивчення на стику медицини, психології, педагогіки та інших наук.

Важливим завданням для вчених та практиків стає необхідність розробки та вдосконалення діагностичних методів, що дозволяють своєчасно діагностувати зміни у психологічному стані дітей з гіперактивний синдром та проводити ефективну корекційно – розвиваючу роботу. Однак, на сьогоднішній день існує протиріччя між значимістю психокорекційної роботи та психодіагностичної роботи з дітьми, які страждають на гіперактивний синдром, та недостатньою розробленістю теорії та практики даної проблеми у практичній діяльності педагога-психолога.

У ході реалізації дослідження, нам вдалося вирішити низку важливих завдань, таких як: проведення аналізу наукової літератури з проблеми гіперактивного синдрому; планування, організація та проведення дослідження, що дозволяє вивчити прояви гіперактивного синдрому у дітей дошкільного віку, та перевірити ефективність корекції синдрому дефіциту уваги та гіперактивності у дітей дошкільного віку з порушеннями мовлення засобами музикотерапії.

На основі результатів проведеного емпіричного дослідження, нами було розроблено методику корекції гіперактивності у дітей дошкільного віку засобами музикотерапії та визначено умови її ефективності на основі науково-теоретичного та емпіричного вивчення особливостей гіперактивного синдрому у дітей дошкільного віку. Експеримент включає комплекс занять, спрямованих на заняття психоемоційного і м'язового напруження; розвиток довільності та самоконтролю, розвиток уваги та пам'яті, спостережливості та уваги.

За підсумками реалізації формувального експерименту було виявлено значні зміни (підтверджені результатами порівняльного аналізу) у стані дітей із гіперактивним синдромом. Це дозволяє нам говорити про зниження прояву гіперактивного синдрому, що, у свою чергу, підтверджує ефективність використання розробленої нами корекційної методики з дітьми старшого дошкільного віку з гіперактивним синдромом.

Методику успішно апробували на базі Херсонський заклад дошкільної освіти №9 комбінованого типу Херсонської міської ради. Ефективність методики підтверджена результатами дослідження, у якому брали участь діти віком 5 – 7 років, 6 дітей із синдромом дефіциту уваги та гіперактивності (СДУГ) та 2 дитини з мінімальною мозковою дисфункцією (ММД).

І на закінчення ми можемо зробити, що висунута нами гіпотеза про те, що методика корекції синдрому дефіциту уваги та гіперактивності у дітей дошкільного віку засобами музикотерапії дозволила знизити прояви синдрому (рівень гіперактивності, імпульсивності та неухважності) підтверджена. Таким чином, визначені нами цілі та завдання кваліфікаційної роботи досягнуті.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Актуальні проблеми дошкільного виховання : міжвуз. зб. наук. пр. / А. М. Богущ, Т. І. Поніманська. Рівне, 1997, 176 с.
2. А. Обухівська, Т. Ілляшенко, Т.Жук. Психологу про дітей з особливими потребами у загальноосвітній школі. «Редакції загально педагогічних газет», 2012.
3. Базовий компонент дошкільної освіти в Україні. К., 1998. 47 с.
4. Бех І. Д. Категорія становлення в контексті розвитку образу Я особистості / І. Д. Бех. // Педагогіка і психологія. 1992. № 3. С. 9-21.
5. Богущ А. М. Мовленнєвий розвиток дітей від народження до 7 років : монографія / А. М. Богущ. К. : Слово, 2004. 376 с.
6. Бондар В.І. Проблеми корекційного навчання у спеціальній педагогіці : навч. посіб. / В.І. Бондар К. : Наш час, 2005. 176 с.
7. Бондар В. І. Спеціальне навчання: забезпечення та реалізація принципу рівних освітніх можливостей / В. І.Бондар. // Реабілітаційна педагогіка на рубежі ХХІ століття : наук.-метод. зб. : у 2 ч. К., 1998. Ч. 1. С. 71-78.
8. Бондар В. І. Тенденції розвитку освіти дітей з психофізичними вадами в Європі та Україні / Бондар В. І., Синьов В. М., Тищенко В. В. // зб. наук. пр. Кам'янець-Подільського нац. ун-ту ім. І. Огієнка / за ред. О. В. Гаврилова, В. І. Співака. Вип. ІХХ., В 2-х ч., Ч. 1. Серія : соціально-педагогічна. Кам'янець-Подільський : Медобори 2006, 2012. С. 7-27.
9. Витоки мовленнєвого розвитку дітей дошкільного віку: програма та методичні рекомендації / укл. : А. М. Богущ. К. : ІЗНМ, 1997. 112 с.
10. Дитина в дошкільні роки / [наук. кер. К. Л. Крутій]. Запоріжжя : ЛПС ЛТД, 2000. 268 с.

11. Дошкільна лінгводидактика: теорія і методика навчання дітей рідної мови: Підручник / [А. М. Богуш , Н. В. Гавриш] ; [за ред. А. М. Богуш]. К. : Вища шк., 2007. 542 с.
12. Дегтяренко Т. М. Карта корекційно-реабілітаційного супроводу осіб з особливими потребами / Т. М. Дегтяренко // Логопедія. 2012. № 2. С. 23–29.
13. Енциклопедія освіти : Акад. пед. наук України / гол. ред. В. Г. Кремень. К. : Хрінком Інтер, 2008. - 1040 с.
14. Ілляшенко Т. Затримка психічного розвитку дітей: причини виникнення та корекція. Кроки до компетентності та інтеграції в суспільство: Науковометодичний посібник / За ред.Н. Софій, І. Єрмакова та ін.. К.: Контекст, 2000 -58 с.
15. Інклюзивна школа: особливості організації та управління: Навчальнометодичний посібник / Кол. авторів: Колупаєва А.А., Софій Н.З.,Найда Ю.М. та ін. За заг. ред. Даниленко Л.І. К. : 2007. 128 с.
16. Колупаєва А.А. Інклюзивна освіта: реалії та перспективи: монографія / А.А. Колупаєва. К. : Саміт-Книга, 2009. 271 с.
17. Костюк Г.С. Навчально-виховний процес і психічний розвиток особистості / Костюк Г.С. К. : Рад.школа, 1989. 608 с.;
18. Кулачківська С. Є. Альбом розвивальних ігор та вправ / С. Є. Кулачківська, Т. Л. Гурковська, І. І. Карабаєва. К. : Нора-прінт, 2001. 64 с.
19. Качуровська О. Новітні засоби корекції та розвитку мовлення учнів із ТВМ / О. Качуровська. *Дефектологія* 2006. № 2. С. 46-49.
20. Кравченко Г.Ю. Інклюзивна освіта в ДНЗ / Г.Ю.Кравченко, Г.О.Сіліна. Х. : Ранок, 2014. 176 с.
21. Кононко О. Л. Психологічні основи особистісного становлення дошкільника (системний підхід) : монографія / О. Л. Кононко. К. : Стилос, 2000. 336 с.

22. Кононко О. Л. Самосвідомість у житті дошкільника / О. Л. Кононко. // Оновлення змісту, форм і методів навчання і виховання в закладах освіти. - Рівне, 2004. С. 6-10.
23. Конопляста С. Ю. Концептуальні засади психолого-педагогічної діагностики та корекції психомовленнєвого розвитку дітей з ВНПП / С. Ю. Конопляста // Науковий часоп. НПУ ім. М. П. Драгоманова. Серія 19 : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія : зб. наук. пр. - К., 2008. - Вип. 11. - С. 78-83.
24. Костюк Г. С. Здібності та їх розвиток у дітей / Г. С. Костюк. К. : Знання, 1963. 80 с.
25. Крутій К. Л. Можливості формування мовної особистості у дошкільному віці / К. Л. Крутій. // Дошкільна освіта. 2003. № 1. С. 32-38.
26. Лист МОН України «Про організацію психологічного та соціального супроводу в умовах інклюзивного навчання» від 26.07.2012 р. № 1/9
27. Макаренко Л. Все про театр і дитячу театралізовану діяльність / Л. Макаренко. К. : Шк. Світ, 2008. 128 с. (Бібліотека Шкільного світу). Бібліогр. : С. 126-127.
28. Мартиненко І.В. Логопсихологія : курс лекцій. 2-ге вид., випр. і допов. Київ : ДІА, 2016. 115 с.
29. Мартинюк В.Ю., Козачук В.Г., Борщенко Т.В., Майструк О.А., Здвизжова В.М., Надоненко О.М. Медико-соціальні аспекти реабілітації дітей з клінічними проявами мінімальної мозкової дисфункції. *Соціальна педіатрія та реабілітологія*. № 3-4 (11-12). 2017. С. 37-47
30. Марченко І.С. Спеціальна методика початкового навчання української мови: логопедична робота з корекції порушень мовлення: навчальний посібник. К.: Слово, 2010. 288 с.

31. Миронова С.П. Основи корекційної педагогіки: навчально-методичний посібник / С.П. Миронова, О.В. Гаврилов, М.П. Матвєєва; [за заг. ред. С.П. Миронової]. Кам'янець-Подільський : Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2010. 264 с.
32. Наказ Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України, Національної академії педагогічних наук України від 23.06.2011 № 623/61 «Про внесення змін до Положення про центральну та республіканську (Автономна Республіка Крим), обласні, Київську та Севастопольську міські, районні (міські) психолого-медико-педагогічні консультації».
33. Олег Романчук. Гіперактивний розлад з дефіцитом уваги у дітей. Практичне керівництво. Видання навчально-реабілітаційного центру «Джерело» (м. Львів), 2008.
34. Поніманська Т. І. Дошкільна педагогіка : навч. посіб. для студентів ВНЗ / Т. І. Поніманська. К. : Академвидав, 2004. - 456 с.
35. Психолого-педагогічний супровід дітей з порушеннями зору та слуху / Л.С. Вавіна, К.О. Глушенко, В.В. Засенко [та ін.]; за ред. Л.С. Вавіної. К.: Наук. Світ, 2009. 168 с.
36. Петрюк І. М. Гіперактивність та дефіцит уваги в дитячому віці як фактор шкільної дезадаптації / І. М. Петрюк *Міжнародна науково-практична конференція «Трансформація особистості в умовах соціально-політичних та економічних змін»*. Чернівці, 2007. С. 529–534.
37. Рібцун Ю. В. Понятійно-термінологічний словник. Логопедія. Логопсихологія: довідкове видання. К.: ІСПП, 2022.
38. Робота з гіперактивними дітьми. Департамент освіти та науки Івано-Франківської міської ради. *Департамент освіти та науки Івано-Франківської міської ради*. URL: http://osvita-mvk.if.ua/content&content_id=1245(дата звернення: 09.11.2023).

39. Туріщева Л.В. Діти з особливостями розвитку у звичайній школі / Автор-укладач Л.В. Туріщева. Х.: Вид. Група «Основа», 2011. 111 с. (Серія «Психологічна служба школи»).

40. Хілько Г.О. Логоритміка для дітей-логопатів / Г. О Хілько, І. М. Зятіна Логопед. 2013. №8. С. 24-28.

41. Шеремет М.К. Логопедія: підручник / М.К. Шеремет. К.: Видавничий Дім «Слово», 2010. 672 с.