

КОМУНАЛЬНИЙ ЗАКЛАД ВИЩОЇ ОСВІТИ
«ХОРТИЦЬКА НАЦІОНАЛЬНА НАВЧАЛЬНО-
РЕАБІЛІТАЦІЙНА АКАДЕМІЯ» ЗАПОРІЗЬКОЇ
ОБЛАСНОЇ РАДИ

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ОСВІТНЬО-РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПРОСТОРУ:

СОЦІАЛЬНІ, ПЕДАГОГІЧНІ
ТА ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ

МОНОГРАФІЯ

Том
2

Запоріжжя
2022

КОМУНАЛЬНИЙ ЗАКЛАД ВИЩОЇ ОСВІТИ
«ХОРТИЦЬКА НАЦІОНАЛЬНА НАВЧАЛЬНО-
РЕАБІЛІТАЦІЙНА АКАДЕМІЯ»
ЗАПОРІЗЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ

**АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ОСВІТНЬО-
РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПРОСТОРУ: СОЦІАЛЬНІ,
ПЕДАГОГІЧНІ ТА ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ**

Монографія

Том 2

*За загальною редакцією д. пед. н., проф. В. В. Нечипоренко
За редакцією д. соціол. н., проф. Н. М. Гордієнко,
д. пед. н., доц. М. А. Дергач*

Запоріжжя
Вид-во Хортицької національної академії
2022

УДК 37:364-57]:[316.614+37.013+159.9
А 43

*Ухвалено до друку вченою радою
КЗВО «Хортицька національна навчально-реабілітаційна академія» ЗОР
Протокол № 2 від 10.11.2022 р.*

Рецензенти:

Шеремет Марія Купріянівна – д. пед. н., професор, декан факультету спеціальної та інклюзивної освіти Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова

Шевяков Олексій Володимирович – д. психол. н., професор, професор кафедри психології та педагогіки Дніпропетровського державного університету внутрішніх справ

Пріб Гліб Анатолійович – д. мед. н., професор, проректор з наукової роботи Академії праці, соціальних відносин і туризму

Автори:

Анісімова Л. В., Антоненко І. Ю., Бессараб А. О., Бохонкова Ю. О., Бочелюк В. Й., Галієва О. М., Гордієнко Н. М., Горшкова Г. В., Дергач М. А., Жадленко І. О., Кетлер-Митницька Т. С., Кіріллова А. О., Клименко О. В., Клочкова Ю. В., Кудінова М. С., Мосаєв Ю. В., Нечипоренко В. В., Панов М. С., Позднякова-Кирбят'єва Е. Г., Познякова О. Л., Сташук О. О., Таран Н. О., Турубарова А. В.

Актуальні проблеми освітньо-реабілітаційного простору:
А 43 **соціальні, педагогічні та психологічні аспекти** / за заг. ред. В. В. Нечипоренко, за ред. Н. М. Гордієнко, М. А. Дергач. – Запоріжжя : Вид-во Хортиц. нац. акад., 2022. – Т. 2. – 436 с.

ISBN 978-617-7929-02-3

У монографії представлено результати науково-дослідної роботи кафедр спеціальної освіти та психології і соціальної роботи Хортицької національної академії з проблем розвитку особистості в освітньо-реабілітаційному просторі. В другому томі висвітлюються питання формування окремих психологічних, соціологічних та педагогічних феноменів особистості в умовах освітньо-реабілітаційного простору, розкриваються шляхи і тенденції підготовки фахівців до роботи з особами з особливими освітніми потребами в умовах освітньо-реабілітаційного простору.

Адресується науковцям, викладачам, студентам вищих навчальних закладів, магістрам та всім, хто цікавиться проблемами спеціальної педагогіки, спеціальної психології, соціології та соціальної роботи.

УДК 37:364-57]:[316.614+37.013+159.9

ISBN 978-617-7929-02-3

© Хортицька національна академія, 2022

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРІЯ І ПРАКТИКА СУЧАСНОЇ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ	8
Нечипоренко В. В.	
<i>1.1. Структурно-функціональна модель управління реабілітаційним хабом у структурі освітньо-реабілітаційного простору Хортицької національної академії</i>	8
Гордієнко Н. М.	
<i>1.2. Соціальна практика як один із компонентів соціальної реабілітації центру системної реабілітології (реабілітаційного хабу) Хортицької національної академії</i>	22
Позднякова-Кирбят'єва Е. Г., Мосасєв Ю. В.	
<i>1.3. Соціологічний вимір сучасної соціальної реабілітації</i>	39
Дергач М. А.	
<i>1.4. Арт-терапевтичні техніки в системі соціально-психологічної допомоги літнім людям, що постраждали внаслідок військової агресії</i>	65
Кудінова М. С.	
<i>1.5. Характеристика програми розвитку стресостійкості старшокласників: теоретико-практичний аспект</i>	87
РОЗДІЛ 2. ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ОСВІТНЬО-РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПРОСТОРУ	114
Панов М. С.	
<i>2.1. Роль психосоматики у формуванні сучасних уявлень про єдність соматичного і психічного</i>	114
Бочелюк В. Й., Позднякова О. Л.	
<i>2.2. Дослідження психологічних особливостей розвитку дитини дошкільного віку з порушенням функцій опорно-рухового апарату через самоствердження</i>	126
Бохонкова Ю. О., Турубарова А. В.	
<i>2.3. Особливості писемного мовлення у дітей молодшого шкільного віку із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю</i>	165

навчальній діяльності та під час виконання проєктивних методик.

Досліджуваним з деструктивно-домінантною стратегією притаманний завищений рівень самооцінки, що зумовлює занадто високий рівень демонстративності у поведінці та зовнішності. Такі діти всіляко намагаються звернути на себе увагу, що призводить до неухважності й квапливості у навчальній діяльності та є причиною невисокої успішності. Основною метою виступає не розвиток власної особистості, а домінування та виділення себе на фоні інших, що часто призводить до виникнення конфліктних ситуацій як у дитячому садочку, так і вдома. Дошкільники, які обирають демонстративно-домінантну стратегію, рідко коли цікавляться судженнями оточуючих, оскільки їм важлива не стільки їхня думка, як сама увага до власної особистості. В кількох досліджених нами випадках така потреба зумовлена відсутністю уваги з боку тієї людини, чиєю думкою вона дійсно переймається (тато, мама, сестра тощо). Відсоток дітей молодшого дошкільного віку з описаною вище стратегією самоствердження коливається від 29,80% до 38,10%, серед дітей старшого дошкільного віку даний показник відповідно від 22,92% до 32,29%. Найбільш чітко особливості даної стратегії виявляються під час ігрової діяльності та виконання проєктивних методик.

У дошкільників з деструктивно-адаптаційною стратегією самоствердження в переважній кількості випадків виявлено найнижчий рівень самооцінки. Це зумовлює дуже низький рівень домагань, що виявляється у негативному ставленні до більшості запропонованих завдань, низькій навчальній мотивації та низьким показникам самореалізації. Дитина має схильності до вияву ініціативності та винахідливості, але не вміє відстоювати свою думку або доводити розпочату справу до завершення через низьку оцінку власних здібностей. Це призводить до виникнення деструктивних проявів

самоствердження, коли досліджуваний швидко дратується, сердиться або, навіть, говорить погані слова на себе. Він звик кожному невдачу сприймати особисто, і під подібним тиском підвищення його самооцінки виступає вкрай складним завданням. Причини таких психологічних особливостей, згідно з результатами наших спостережень, у багатьох випадках полягають у родинних відносинах, коли не виховують дисципліну, працьовитість, вдячність та вміння допомогти; розпорядок дошкільника, види діяльності та кількість навчальних або спортивних секцій часто змінюється, за рахунок чого він не встигає досягти успіху і самоствердитись у тому чи іншому виді діяльності, а його власні схильності та вподобання нерідко ігноруються. Серед молодших дошкільників кількість дітей з деструктивно-адаптаційною стратегією визначається у межах 9,52%–10,72%, серед старших дошкільників цей показник становить 9,38%–23,96%. Найбільш чітко вищезазначена стратегія самоствердження проявляється під час ігрової діяльності та виконання командних завдань.

Бохонкова Ю. О., Турубарова А. В.

2.3. Особливості писемного мовлення у дітей молодшого шкільного віку із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю

У вітчизняній та зарубіжній науковій літературі відзначається висока теоретична та практична значимість дослідження проблеми синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю (далі – СДУГ) у дітей молодшого шкільного віку, кількість яких як в Україні, так і у всьому світі щорічно зростає. Результати епідеміологічних досліджень говорять про те, що СДУГ є одним із найпоширеніших поведінкових розладів у дитячому віці. За різними даними, його поширеність становить від 3% до 20%, тобто щонайменше кожна тридцята дитина має цей

розлад, а це означає, що у кожному класі загальноосвітньої школи є принаймні один такий учень.

Грунтовні наукові дослідження останніх десятиліть у багатьох країнах, а також накопичений клінічний досвід змусили відійти від багатьох попередніх уявлень про СДУГ як розлад виключно дитячого віку, який, у цілому, не створює жодних серйозних проблем. Без належної допомоги він може призводити до серйозних вторинних ускладнень: шкільної дезадаптації, порушень психічного розвитку дитини, значних поведінкових і соціальних проблем, у тому числі і у дорослому віці.

Незважаючи на значну поширеність та наявність великої кількості наукових праць стосовно СДУГ, цей розлад розвитку часто діагностується невчасно або ж взагалі не виявляється, тобто, велика частина дітей не отримує вчасної і належної допомоги. Хоча СДУГ є медичним діагнозом, але психологічне обстеження дає лікарю додаткову інформацію про особливості розвитку дитини, необхідну для правильної постановки діагнозу. Одним із методів, який може бути застосований психологом для діагностики проявів СДУГ у молодших школярів, є метод аналізу письмових робіт. Але наразі питання діагностики СДУГ зазначеним методом залишається недостатньо вивченими в українській психологічній науці.

Незважаючи на те, що СДУГ уперше був описаний у науковій літературі більше ста років тому, й наразі ця проблема викликає значний інтерес вчених та практиків. Найбільше досліджень різних аспектів СДУГ у дітей проводиться зарубіжними вченими, насамперед з Європи та США, кількість праць яких із цієї проблематики складає вже десятки тисяч. В першу чергу слід назвати таких вчених, як Р. Барклі, Т. Баррі, А. Беддлі, К. Бейкер, Р. Валлер, Д. Гіллборн, С. Зенталь, Дж. ДуПауль, М. Дюрхейм, С. Клементс, Е. Тейлор, К. Хувер-Демпсі та ін. Значний інтерес психологічні проблеми дітей із СДУГ

викликають у вчених з держав ближнього зарубіжжя. Можна назвати, зокрема, монографії та начальні посібники І. Арцишевської, Л. Бадалян, І. Брязгунова, К. Евсегнеевої, Н. Заваденко, О. Медведської, Г. Моніної, А. Сиротюк, Ю. Шевченко, Г. Широкової та ін. Було також захищено чимало дисертацій із різних аспектів дитячої гіперактивності (О. Власова, І. Депутат, О. Ларіонова, О. Політика, І. Шуригіна, М. Яковлева та ін.).

Серед українських вчених інтерес до зазначеної проблематики, в цілому, явно недостатній, зважаючи на її значимість. Можна назвати лише монографії О. Романчука (2008 р.) та Л. Засекіної (2011 р.), дисертацію О. Тохтамиша (2010 р.) та навчально-методичне видання І. Сухіної (2018 р.). Психологічним особливостям мовленнєвої діяльності дітей із СДУГ присвячена дисертація О. Соловей (2010 р.). Опубліковано кілька статей інших дослідників, зокрема, К. Байкачової, Л. Кльоц, О. Перепади. Питання педагогічної підтримки учнів із СДУГ в американських школах дослідила в своїй дисертації Т. Фаласеніди (2016 р.). Водночас недостатньо наукових праць, присвячених безпосередньо порушенням письма у школярів зі СДУГ.

Метою статті є аналіз наукових підходів щодо сутності, причин, ознак, різновидів та діагностики синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю; схарактеризувати психофізіологічний зміст писемного мовлення та специфічні порушення процесу письма у молодших школярів із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю.

Розкриємо основний зміст наукових підходів щодо сутності, причин, ознак та різновидів синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю.

У спеціальній літературі синдром дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ) розуміється як «поліморфний клінічний синдром, головними проявами якого є порушення здатності дитини контролювати та регулювати

свою поведінку, що виявляється моторною гіперактивністю, порушенням уваги та імпульсивністю» [6, 15].

Етіологія та патогенез СДУГ є складними та залишаються наразі недостатньо вивченими. Аналіз літератури показує, що можна виокремити такі концепції етіології та патогенезу СДУГ, як нейромедіаторна, нейрофізіологічна, генетична, медико-біологічна, нейропсихологічна, дизонтогенетична, макросоціального впливу, соціально-психологічна. О. Тохтамиш всі існуючі у науці концепції поділяє на три групи: 1) виключно біологічне пояснення (внаслідок фізичних травм, інфекційних, імунних, генетичних чинників чи їх спільної дії); 2) соціальні чинники (наслідування батьківської гіперактивної поведінки, виражені сімейні дисгармонії тощо); 3) багатофакторна модель, що поєднує вплив біологічних і соціальних чинників [9].

Першою, в історичному контексті, виступала гіпотеза про те, що причиною СДУГ є ураження головного мозку у ранньому віці і, зокрема, як наслідок інтра- та перинатальної гіпоксії, запальні процеси, метаболічні порушення, дії токсичних речовин. До низки прогностично несприятливих факторів для розвитку СДУГ у науковій літературі також відносять гіпоксично-ішемічну енцефалопатію у новонароджених, недоношеність, переносеність, гідроцефалію, а також внутрішньоутробну гіпотрофію. Відповідно до інших досліджень (Голдштейн, Р. Барклі), така етіологія СДУГ спостерігається лише у незначній частині випадків. Як зазначається у наукових дослідженнях, наявність в анамнезі факторів раннього органічного пошкодження нервової системи вдається виявити не у всіх пацієнтів із СДУГ.

На сьогодні більшість вчених схиляються до генетичної природи синдрому і вважають, що він пов'язаний, зокрема, з генами, що відповідають за регулювання обміну та активності дофаміну та

норадреналіну [6]. Як і більшість розладів розвитку з генетичною природою СДУГ є полігенним розладом, що й пояснює його клінічно поліморфну картину, існування різних ступенів важкості та підтипів СДУГ, а також високу частоту наявності коморбідних розладів, значна частина яких також має генетичну природу.

Деякі автори у генезі СДУГ виділяють такий фактор, як материнська тривожність. Так, на підставі епідеміологічних та експериментальних даних О'Коннор була висунута гіпотеза фетального програмування, згідно з якою фактори пошкодження, що мають місце у певні періоди ембріогенезу, викликають організаційний дефект, реалізація якого відбувається у віддалені терміни. Р. Барклі дотримується нейропсихологічної теорії щодо етіології СДУГ. У таких дітей відмічають відхилення у розвитку вищих психічних функцій, які відповідають за цілеспрямовану організацію діяльності (моторний контроль, саморегуляцію, внутрішнє мовлення, увагу та оперативну пам'ять), а їх порушення відіграє значну роль у розвитку СДУГ. Багато дослідників пояснюють гіперактивність як спробу оптимізувати недостатній рівень стимуляції, що йде від центральної нервової системи, експресивною поведінкою. Тобто, гіперактивність є спробою дитини привести свій мозок у необхідний активний стан та викликається дією досить доцільних механізмів компенсації.

Слід погодитись із вченими, які вважають, що несприятливі психологічні та соціальні чинники – не пряма причина СДУГ, але вони можуть закріплювати клінічні прояви цього розладу та підсилювати дезадаптацію дітей. До таких факторів належать, у першу чергу, характеристики сім'ї дитини, якість її стосунків з рідними, характеристики педагогів, соціального середовища однолітків, школи [6]. Таким чином, СДУГ є поліетіологічним розладом за своєю природою, який формується у результаті складної взаємодії біологічних

чинників, індивідуальних психологічних характеристик дитини та середовищних факторів.

Відповідно до Діагностичного та статистичного керівництва по психічним захворюванням п'ятого перегляду (далі – DSM-V), клінічну картину СДУГ у дітей визначають порушення уваги, гіперактивність та імпульсивність, які мають постійний, крос-ситуаційний характер, що не відповідає віку [8]. У спеціальній літературі основні прояви (ознаки) СДУГ також переважно представлені трьома симптомокомплексами: неухважністю, гіперактивністю та імпульсивністю [1; 7]. Окремі західні автори (зокрема, П. Альтхерр) зазначають, що у якості кардинальних діагностичних симптомів домінують порушення концентрації уваги та надмірна рухова активність, а до третього основного симптому відносять імпульсивність та нетерплячість. Д. Маттнер, в якості окремої ознаки, виділяє ще й таку, як неадекватність емоційних реакцій. Інколи, до основних клінічних проявів зазначеного розладу відносять також прояви статико-локомоторної недостатності.

Як зазначається у наукових джерелах та свідчать власні спостереження, у дітей із СДУГ відзначається недостатність безперервної (підтримуючої) уваги, що проявляється у неможливості тривалого виконання саме нецікавого завдання, а чимось цікавим для них вони можуть займатися годинами. Крім того, спостерігається дефіцит виборчої уваги, який полягає у підвищеному відволіканні на сторонні стимули, особливо коли вони є яскравими та цікавими. Досить часто також знижується переключення уваги, при цьому обсяг уваги (за даними Е. Тейлор) у дітей із СДУГ не нижчий, ніж у їхніх однолітків.

Під гіперактивністю у дітей із СДУГ розуміємо підвищену рухову (моторну) активність, яка відображається у неспокої, метушливості, балакучості, невпорядкованій неструктурованій активності тощо. Слід

також звернути увагу, що у таких дітей рухова розгальмованість поєднується з порушенням кінестетичної основи руху та зорово-просторової організації. І, нарешті, імпульсивність, під якою розуміють неможливість контролю над своїми імпульсами, у дітей із СДУГ представлена когнітивною (поспішність мислення) та поведінковою (труднощі при стримуванні реакцій). Психологічними механізмами імпульсивності є несформованість орієнтувальної основи дії, його цілі та образу результату, слабкість мовленнєвої регуляції поведінки [7].

В окремих джерелах симптоматика СДУГ описується через характеристику розладів різних виконавчих функцій, які пов'язані з організацією та регулюванням власної поведінки. Як зазначає Т. Фаласеніді, виконавча функція є набором психічних процесів, що дозволяють підключати досвід минулого із дією «тут і тепер». Вона включає здатність дитини до узагальнення, цілеспрямованої поведінки, ініціювання, упорядкування та контролю складних поведінкових дій. Порушення виконавчої функції може проявлятися через дезорганізацію процесів мислення, поведінку та прояви емоцій [10].

Для розуміння ознак СДУГ слід зупинитися на характеристиці розладів таких виконавчих функцій, як імпульс-контроль, прогнозування, планування та самоорганізація поведінки, контроль уваги та аналізу інформації, контроль емоцій, контроль над власною руховою активністю, регулювання процесів збудження/гальмування. Характерно, що імпульсивність проявляється не лише у діях, але й у думках – мислення таких дітей є надмірно швидким, хаотичним, з перескакуванням з теми на тему. Не можна не погодитися із наявною у спеціальній літературі думкою про те, що слабка здатність до самогальмування обумовлює і класичні труднощі дітей із СДУГ щодо переходів від одного заняття

до іншого, особливо з більш захопливого до менш приємного [6].

Щодо розладу самоорганізації поведінки, то слід звернути увагу на те, що діяльність дітей з цим розладом визначається лише негайними або дуже близькими у часі факторами, що можуть, певним способом, мотивувати їхню поведінку, і не пов'язана з усвідомленням віддалених наслідків та цілей («вузьке внутрішнє віконечко часу»). Щодо типових проблем із зосередженням уваги, варто ще раз зазначити, що вони полягають не стільки у тому, що діти із СДУГ не можуть бути зосередженими, скільки у їхній нездатності протягом тривалого часу втримувати свою увагу на малоцікавому та стимулюючому. Як зазначається в окремих дослідженнях, учні із СДУГ досить легко відволікаються не тільки на те, що відбувається навколо них, а й на власні думки [10].

Надзвичайно важливим, для розуміння природи гіперактивної поведінки, є також порушення емоційної сфери. На думку багатьох авторів, таке порушення характеризується імпульсивністю, надмірною збудливістю, роздратованістю, підвищеною тривожністю, частою зміною настрою, непередбачуваністю у поведінкових проявах [3]. Великою проблемою для дітей із СДУГ є «реактивні» дії, які передують об'єктивному, кірковому рівні аналізу інформації. Зважаючи на такий характер реакцій, поведінка дітей із СДУГ часто є надмірно емоційною та незрілою, а їхні реакції – невідповідними ситуації.

Проблема моторної гіперактивності дітей із СДУГ пов'язана із їхньою гіперзбудливістю: спостерігається дуже велика швидкість виникнення інтенсивних реакцій на відносно слабкі подразники, моторна гіперактивність є одним із аспектів загальної гіперреактивності та слабкості регуляції процесів збудження. Але моторна гіперактивність насправді не є основним симптомом цього розладу: за даними багатьох досліджень, до 14–15

років гіперактивність поступово зменшується, піддається редукції, а порушення уваги, навпаки, тільки збільшуються [6].

Характеризуючи різновиди СДУГ, перш за все, слід зазначити, що аналіз спеціальної літератури свідчить, що для СДУГ властива поліморфність, аспектами якої є ситуативна варіабельність симптомів, наявність підтипів, ступенів важкості, гендерних особливостей, вплив вікового фактору тощо. Різними авторами відзначається до ста клінічних особливостей даного розладу розвитку.

Передусім, багато дослідників звертають увагу на той факт, що поведінка дитини може змінюватися залежно від ситуації. Інші автори, стосовно ситуативної варіабельності СДУГ зазначають, що чим менше обмежень та вимог накладає середовище на поведінку, тим менш проблемною буде поведінка гіперактивної дитини: чим більш цікавішим є середовище, тим більше дитина сфокусована і зацікавлена. Власні спостереження за гіперактивними дітьми дозволяють погодитися із висновком О. Романчука про найбільш сприятливі фактори середовища, у яких проблемна поведінка і симптоми СДУГ будуть проявлятися меншою мірою: нове, цікаве та «стимулююче» середовище, індивідуальна увага дорослого, відносно мало вимог і обмежень щодо бажаної поведінки, негайне винагородження/покарання. І навпаки, протилежні характеристики середовища, а також такі фактори, як втома дитини, поганий настрій, монотонне, нецікаве завдання будуть створювати передумови до демонстрування дефіциту самоконтролю дитини і призводити до проявів проблемної поведінки [6, 64].

Наступним аспектом поліморфності вважається наявність підтипів цього розладу. У діагностичній класифікації DSM-V виділено три підтипи розладу на основі наявності чи відсутності симптомів з груп гіперактивності-імпульсивності та дефіциту уваги: 1) комбінований – із наявністю виражених симптомів як

гіперактивності-імпульсивності, так і неухважності; 2) з домінуючою гіперактивністю-імпульсивністю – коли наявні виражені симптоми цього спектру, але мінімально – чи ж відсутні взагалі – симптоми порушення уваги; 3) з домінуючим порушенням уваги – значно виражені лише симптоми дефіциту уваги [11]. В свою чергу, у Міжнародній класифікації хвороб десятого перегляду (далі – МКХ-10) не допускається існування «неповних» підтипів СДУГ з наявністю лише окремих груп симптомів, а діагностичні критерії гіперкінетичного розладу відповідають таким критеріям комбінованого підтипу за DSM-V.

Діти з різними підтипами СДУГ мають різні клінічні характеристики, зокрема, дещо відмінні різновиди коморбідних розладів та ризик розвитку вторинних проблем. За даними досліджень, діти з комбінованим підтипом мають найвищі показники коморбідних розладів поведінки (які часто виходять наперед, приховуючи самі симптоми СДУГ), а також тривожних розладів та депресій. У порівнянні з ними діти, які мають підтип із домінуючою неухважністю, мають схожі показники тривожних розладів та депресії, але значно нижчі показники коморбідних розладів поведінки. Діти з комбінованим підтипом та підтипом із домінуючою неухважністю мають вищі показники проблем із навчанням, ніж діти з підтипом із домінуючою гіперактивністю-імпульсивністю. Відповідно, комбінований підтип прогностично пов'язується з розвитком проблем з обох груп.

Слід звернути увагу на існування наукової дискусії про те, чи взагалі підтипи СДУГ є формою одного розладу або ж становлять різні за природою розлади, зокрема, це найбільше стосується підтипу з домінуючою неухважністю. Так, Р. Барклі у 1996 р. висунув гіпотезу, що підтип із домінуючою неухважністю є іншим психіатричним розладом, який характеризується порушенням здатності фокусувати увагу і «реєструвати вхідну інформацію»,

дещо відмінними нейропсихологічними характеристиками (зменшена швидкість опрацювання інформації, порушення пам'яті при відсутності значних порушень виконавчих функцій лобної кори), повільністю реакцій тощо. На думку зазначеного дослідника, цей підтип СДУГ є швидше окремою нозологічною одиницею, яку він називає «розладом фокусування уваги», і яка патогенетично пов'язана не з порушенням виконавчих функцій та імпульс-контролем, а з системою фокусування уваги та асоціативними відділами кори. На теперішній час питання підтипів СДУГ та клінічного значення їх відокремлення продовжує досліджуватися.

Хоча і дотепер у діагностичних системах не виокремлені ступені важкості СДУГ, багато клінічних дослідників з огляду на те, що навіть у межах одного підтипу в одній віковій групі ступінь вираженості симптомів гіперактивності-імпульсивності-неуважності та їх первазивність можуть бути різними, поділяють розлад на три (легку, середню та тяжку) або дві групи (помірна та виражена). Враховуючи наявність тих або інших коморбідних розладів, вчені виділяють дві функціональні форми СДУГ: проста форма, яка характеризується симптомами асинхронії (неуважність, гіперактивність, дислексія, дисграфія, первинна форма енурезу тощо) та ускладнена форма, за якої до зазначених симптомів приєднуються вторинні (тіки, головні болі, вторинна форма енурезу, заїкання, розлади соціальної поведінки, фобічні розлади тощо). В свою чергу, ускладнена форма представлена трьома варіантами: цереброастеничним, неврозоподібним та поєднаним. У спеціальній літературі також зустрічається і виділення різновидів СДУГ з позицій нейропсихології, зокрема, залежно від локалізації функціональної недостатності в окремих ділянках головного мозку.

Більшість вчених характеризують СДУГ як розлад, який має певні гендерні відмінності у проявах симптомів,

наявності вторинних проблем та супутніх розладів, поширеності підтипів у групах різних статей тощо. Дослідження останніх років продемонстрували, що у дівчат СДУГ поширений значно частіше, ніж вважалося раніше. В узагальненому вигляді відмінності СДУГ у дівчат і хлопців виглядають наступним чином. Так, якщо у дівчат більше вторинних ускладнень за механізмом інтерналізації – депресія, соціальна фобія, інші тривожні розлади, проблеми з низькою самооцінкою тощо, то у хлопців за механізмом екстерналізації – агресивна та антисоціальна поведінка.

Ще одним аспектом стосовно різновидів СДУГ є віковий фактор, оскільки симптоматика цього розладу є різноманітною у різні періоди розвитку дитини. Так, за спостереженнями багатьох вчених, якщо у дошкільному віці – це гіперзбудженість, рухова розгальмованість, моторна незграбність, підвищена втомлюваність, імпульсивність, то у школярів на перший план виступають труднощі навчання та відхилення у поведінці. Саме у молодшому шкільному віці яскраво проявляється діагностична тріада «гіперактивність – порушення уваги – імпульсивність», що призводить до проблемної поведінки на уроках, проблеми із шкільною успішністю та адаптацією, викривлення взаємовідносин з дорослими та однолітками, деформацію особистісного розвитку.

Таким чином, у спеціальній літературі СДУГ розуміється як поліморфний клінічний синдром, головними проявами якого є порушення здатності дитини контролювати та регулювати свою поведінку, що виявляється моторною гіперактивністю, порушенням уваги та імпульсивністю. СДУГ є поліетіологічним розладом, який формується у результаті складної взаємодії біологічних чинників, індивідуальних психологічних характеристик дитини та середовищних факторів. Основні прояви (ознаки) СДУГ представлені, як правило, трьома симптомокомплексами: порушенням уваги,

гіперактивністю та імпульсивністю. Для СДУГ характерною є поліморфність, аспектами якої є ситуативна варіабельність симптомів, наявність підтипів, ступенів важкості, гендерних особливостей, вплив вікового фактору.

Щодо проблеми діагностики порушень письма в психолого-педагогічній науці, то беззаперечним є положення про те, що ґрунтовний діагностичний процес є надзвичайно важливою передумовою ефективної допомоги дитині із СДУГ. Діагностичний процес має декілька базових цілей: встановлення діагнозу СДУГ, виявлення супутніх проблем та коморбідних розладів, локалізацію розладу у контексті сім'ї, соціального середовища тощо [6, 111]. На теперішній час діагностика СДУГ ґрунтується на клінічних критеріях, оскільки для підтвердження цього розладу поки не існує спеціальних тестів або маркерів, заснованих на застосуванні сучасних психологічних, нейрофізіологічних, біохімічних, молекулярно-генетичних, нейрорадіологічних та інших методів. Для постановки лікарем діагнозу достатньо відповідності цим клінічним критеріям, а результати інших досліджень (зокрема, психологічних, нейрофізіологічних) та дані опитувальників для батьків носять лише допоміжний характер.

Як зазначається у спеціальній літературі, на сьогодні відсутні єдині діагностичні методи оцінки симптомів СДУГ [2; 3]. Більшість науковців виділяють наступні методи: клінічна співбесіда; спостереження за поведінкою; заповнення опитувальників, анкет, оціночних шкал; отримання додаткової інформації (від вчителя, шкільного психолога, відеозаписів); дослідження неврологічного статусу; психологічне обстеження із застосуванням нейропсихологічних та психометричних методів [5; 6].

З огляду на те, що СДУГ є спектральним розладом із гранично вираженими проявами нормальної поведінки

дітей, і при цьому порушенні межа між нормальною поведінкою і розладом є умовною, встановлювати її фахівцеві у кожному випадку доводиться на «власний розсуд». Варто погодитися із думкою фахівців про те, що суб'єктивність під час діагностики СДУГ є подвійною, адже лікар орієнтується на дані анамнезу, які відображають суб'єктивну думку батьків, а батьківські уявлення про «нормальність» поведінки можуть бути дуже різними і визначаються багатьма факторами. Тому одним із основних принципів діагностики СДУГ є її ретельність, яка вимагає, зокрема, отримання інформації з кількох незалежних джерел та дотриманням критеріїв при діагностуванні [8, 113-114].

Не можна не відмітити надзвичайно важливу роль на початковому етапі діагностики розладу фахівців «першої ланки» – лікарів-педіатрів та дитячих неврологів, адже своєчасне скерування сім'ї за допомогою має дуже велике значення. Багато авторів акцентують увагу на великому значенні на цьому етапі виявлення СДУГ спостережень вихователів та корекційних педагогів дитячих садочків, вчителів молодших класів, шкільних психологів [5, 596]. Не останню роль можуть відігравати скринінгові опитувальники, які пропонується заповнити батькам, а також наявність інформаційних матеріалів на стендах, наприклад, у поліклініках, дошкільних навчальних закладах тощо.

Наступний етап діагностики має здійснюватися фахівцями, які спеціалізуються у наданні послуг дітям із поведінковими розладами та їхнім сім'ям, а саме принаймні психіатром та психологом. У спеціальній літературі виділяються наступні етапи діагностичного процесу відповідно до сучасних діагностичних протоколів: 1) дитячий психіатр: клінічне інтерв'ю з батьками та дитиною; 2) застосування діагностичних опитувальників; 3) психолог: нейропсихологічне обстеження; 4) отримання інформації від вчителів [6, 116].

Основним методом діагностики СДУГ є клінічне інтерв'ю (клінічна співбесіда) з батьками та дитиною. Інтерв'ю повинно здійснюватися відповідно до сучасних стандартів інтерв'ювання у дитячій психіатрії. Його специфічними особливостями має бути дослідження наявності основних симптомів СДУГ, їхніх змін у процесі вікового розвитку, проявів у різних середовищах та наслідків у різних сферах життя дитини. Причому в самому інтерв'ю основою для діагнозу є не пряме виявлення в дитини ознак СДУГ під час консультації, а дані анамнезу. Відповідно до ситуативної варіабельності симптомів розладу дитина із СДУГ може на прийомі у фахівця поводитися абсолютно адекватно – і це не виключає діагноз СДУГ. У той же час, нормальна дитина при сильній втомі, довгому очікуванні може на консультації поводитися як гіперактивна, що зумовлює ризик псевдопозитивного виявлення розладу. По завершенні інтерв'ю батькам можуть надаватися опитувальники щодо симптомів СДУГ, призначені для батьків і вчителів. Однак слід зауважити, що виключно на підставі наведених в опитувальниках даних діагноз у жодному випадку не ставиться. В якості прикладу таких опитувальників та шкал, які застосовуються у клінічній практиці щодо симптомів СДУГ та коморбідних розладів, слід назвати шкалу Коннерса та опитувальники Барклі та Вандербільт.

Як зазначається у спеціальній літературі, наступним необхідним діагностичним етапом є отримання інформації зі школи від вчителів з метою не лише виявлення самого розладу, а й оцінки ситуації у школі, академічної успішності дитини, її поведінки, стосунків із однолітками та вчителями, а також і характеристик самої школи, вчителів тощо.

Діагноз СДУГ вважається обґрунтованим лише у тих випадках, коли симптоми, що спостерігаються у дитини, характеризуються достатнім ступенем

вираженості, постійності та поєднуються один із одним. Окремі та тимчасові характеристики у поведінці дітей, що відзначаються батьками або іншими дорослими, які знаходяться поряд із дитиною, навіть якщо вони і мають деяку подібність до СДУГ, не можуть вважатися підставою для постановки даного діагнозу.

Як вже зазначалося вище, діагностика СДУГ ґрунтується на стандартних міжнародних критеріях, що являють собою переліки найбільш характерних та чітко простежуваних ознак цього розладу. Відповідно до нової версії класифікації DSM-V 2013 р. до діагностичних критеріїв СДУГ відносять наступні:

А. Постійний паттерн проявів неуважності та гіперактивності-імпульсивності, який здійснює вплив на функціонування і розвиток та характеризується симптомами із розділів 1 (неуважність) та/або 2 (гіперактивність та імпульсивність).

1. Неуважність: часто не здатна зосереджувати увагу на деталях та допускає помилки внаслідок неуважності, недбалості у шкільних завданнях; часто з труднощами зберігає увагу при виконанні завдань або під час ігор; часто здається, що не слухає звернене до неї мовлення; часто не дотримується наданих інструкцій та не може до кінця виконати уроки, домашню роботу тощо; часто має труднощі в організації виконання завдань та своєї діяльності; часто уникає, висловлює незадоволеність та чинить опір залученню у виконанні завдань, які вимагають тривалого розумового напруження; часто губить речі, необхідні для виконання будь-якої роботи або завдань; часто відволікається на сторонні стимули; часто виявляє забудькуватість у повсякденних ситуаціях.

2. Гіперактивність та імпульсивність: часто спостерігаються неспокійні рухи у кистях та стопах, сидячи на стільці крутиться; часто покидає своє місце у ситуаціях, коли потрібно сидіти; часто бігає туди-сюди, кудись залазить у ситуаціях, коли це неприйнятно; часто

не може спокійно гратися; часто знаходиться у постійному русі; часто буває занадто балакучим; часто відповідає на питання не задумуючись, не вислухавши їх до кінця; часто важко дочекатися своєї черги; часто перериває інших, заважає їм.

У класифікації звертається увага, що стосовно кожної із груп (неуважність та/або гіперактивність-імпульсивність) повинно дотримуватися наступного правила: по шість або більше із зазначених там симптомів повинні постійно зберігатися протягом щонайменше 6 місяців у такому ступеню виразності, який не відповідає рівню розвитку та негативно впливає, безпосередньо, на соціальні та навчальні види діяльності.

Б. Декілька симптомів неуважності або гіперактивності-імпульсивності були присутніми у віці до 12 років.

В. Декілька симптомів неуважності або гіперактивності-імпульсивності відзначаються у двох чи більше видах обстановки (дім, школа тощо).

Г. Мають місце підтвердження тому, що симптоми здійснюють значний вплив, знижуючи якість діяльності у соціальних контактах, навчанні.

Д. Симптоми не можуть бути пояснені наявністю іншого психічного розладу [11].

Таким чином, проаналізувавши діагностичні критерії DSM-V, можна виділити такі її основні положення, які мають забезпечувати точність встановленого діагнозу: симптоми неуважності або гіперактивності-імпульсивності повинні бути виражені достатньо інтенсивно, упродовж тривалого часу, невідповідно до віку розвитку; вони повинні призводити до значних порушень соціально-психологічного функціонування та труднощів адаптації дитини в основних сферах життя, а також носити кросс-ситуаційний характер (декілька симптомів у декількох сферах діяльності) та не бути зумовленими іншим розладом.

Хоча СДУГ є медичним діагнозом і педагоги та психологи не мають права робити висновок про його наявність чи відсутність, психологи можуть проводити попередню діагностику, яка дає можливість припустити, що дитина належить до даної категорії. Крім того, психологічне обстеження також надає лікарю додаткову інформацію про особливості поведінки та розвитку дитини, необхідну для правильної постановки діагнозу.

Зазначимо, що у ході психологічного обстеження дітей з гіперактивною поведінкою проводиться оцінка рівня розвитку когнітивних функцій (уваги, пам'яті, мислення), а також емоційних особливостей та рухової сфери; звертається увага на особистісні особливості дитини, наявність акцентуацій характеру. Велика увага приділяється оцінюванню ступеню розвитку шкільних навичок та соціальних умов життя. На думку О. Романчука, для усіх дітей із гіперактивною поведінкою, які мають проблему зі шкільною успішністю, необхідним елементом діагностичного процесу є саме нейропсихологічне обстеження, метою якого є встановлення рівня інтелектуального розвитку дитини із СДУГ, а також виявлення, з огляду на часту присутності специфічних розладів шкільних навичок: читання, письма, математики [6, 120].

Одним з головних інструментів, який використовує психолог, є метод спостереження (систематичного, фіксованого), результати якого можна співвіднести з основними симптомами, описаними у МКХ-10 та відповідно до діагностичних критеріїв DSM-V. Спрямоване спостереження дає психологу можливість відзначити особливості поведінки та розвитку дитини із СДУГ, уникнути помилкового приписування даного синдрому імпульсивним, обдарованим, тривожним дітям, у яких можуть спостерігатися окремі подібні ознаки (нестриманість, неухважність тощо).

Однак, як зазначає П. Альтхерр, прямі спостереження за поведінкою у ситуації обстеження або в ігровій обстановці можуть призвести до невірних висновків, оскільки дослідник часто здійснює регулюючий вплив на поведінку спостережуваних. Необхідно враховувати той факт, що дитина може вести себе по-іншому, залишившись наодинці у середовищі однолітків (показує, «на що вона здатна»).

Окрім стандартних психологічних методик оцінки уваги, пам'яті та мислення використовуються нейропсихологічні методики: експрес-діагностика пам'яті «Лурія-90» (Е. Симерницька), проби, спрямовані на виявлення рівня розвитку довільних рухів О. Лурії та М. Озерецького. Проведення обстеження за допомогою десяти-п'ятнадцяти методик відповідає принципу синдромного аналізу О. Лурії, відповідно до якого тільки застосування цілого комплексу різноманітних психодіагностичних методик дозволить точно провести діагностику порушень вищих психічних функцій.

Окремими науковцями розроблені авторські системи нейропсихологічного дослідження дітей молодшого шкільного віку з симптомами дефіциту уваги та гіперактивності. Зокрема, це група тестів Л. Брязгунова та О. Касатикової, де в якості основної методики для дослідження уваги та оперативної пам'яті використовується тест Тулуз-П'єрона. Вкрай важливим для психологічного обстеження є і аналіз продуктів діяльності дитини (малюнки, різноманітні письмові роботи), оскільки особливості психіки дітей із гіперактивною поведінкою знаходять у них своє відображення.

Вкрай суттєвим є те, що навіть за високого рівня сформованості вищих психічних функцій ознаки, що характеризують СДУГ (неспокій, непосидючість, недостатня цілеспрямованість та імпульсивність вчинків, підвищена збудливість) часто призводять до труднощів у

набутті навчальних навичок (зокрема, і письма), що веде до вираженої шкільної дезадаптації таких учнів.

Таким чином, на теперішній час діагностика СДУГ ґрунтується на клінічних критеріях. Більшість науковців виділяють такі методи, які застосовуються при дослідженні дітей з гіперактивною поведінкою: клінічна співбесіда; спостереження за поведінкою; заповнення опитувальників, анкет, оціночних шкал; отримання додаткової інформації; дослідження неврологічного статусу; психологічне обстеження із застосуванням нейропсихологічних та психометричних методів. Для постановки лікарем діагнозу достатньо відповідності стандартним міжнародним критеріям (DSM-V), а результати інших досліджень носять лише допоміжний характер. У той же час психологічне обстеження є важливим елементом комплексної діагностики СДУГ у дітей молодшого шкільного віку, оскільки надає додаткову суттєву інформацію про особливості когнітивного, емоційно-вольового розвитку дитини та порушення шкільних навичок (у тому числі письма), необхідну для своєчасної та правильної постановки діагнозу та розробки корекційних заходів.

Як вже зазначалося, у дітей із СДУГ досить часто зустрічається порушення розвитку шкільних навичок, в тому числі порушення писемного мовлення. Сучасні уявлення про писемне мовлення базуються на фундаментальних дослідженнях П. Анохіна, Л. Виготського, Р. Левіної, О. Лурії, Л. Цветкової, які розглядали вищі психічні процеси, у тому числі й письмо, як складні системи багаторівневої ієрархічної будови. У функціональній системі писемного мовлення задіяні різні структурні компоненти, кожний з яких вносить специфічний внесок у формування певних операцій письма.

Писемне мовлення, як психомоторний феномен, являє собою навичку та вид графомоторної діяльності.

Навичка письма пов'язана з усним мовленням та його закономірностями, але має власну психологічну, сенсомоторну базу, яка забезпечує практичну реалізацію усіх форм письма. Як вид діяльності, письмо включає три основні операції: символічне позначення звуків мовлення (фонем), моделювання звукової структури слова за допомогою графічних символів та графомоторні операції. Кожна з них є самостійною навичкою (підсистемою) та має відповідне психологічне забезпечення.

О. Лурія, визначаючи психологічний зміст письма, виділив умову, необхідну для успішного здійснення акту письма – запам'ятовування та відділення від усіх сторонніх факторів фразу, яка підлягає запису [4, с. 13]. Таким чином, одним із найважливіших функціональних компонентів письма є довільна регуляція: планування, реалізація та контроль акту письма.

До психологічного змісту процесу письма належать такі етапи:

- 1) звуковий аналіз слова;
- 2) переведення виділених фонем та їх комплексів у зорову графічну схему;
- 3) перетворення оптичних знаків – графем, які підлягають написанню, у потрібні графічні накреслення – кінеми (графо-моторні навички) [14, 14-16].

На першому етапі, передусім із звукового потоку, повинна бути виділена низка звучань, які визначають передану інформацію, а згодом мовленнєвий потік розчленовується, відбувається фонемне розпізнавання – переведення звуків слова, які чують, у чіткі, узагальнені мовленнєві звуки – фонемі. До складу функціональної системи письма належать такі структурні компоненти, як переробка слухомовленнєвої та кінестетичної інформації.

Стосовно другого етапу зазначається, що учень повинен візуально уявляти графічне начертання літери, яка повинна бути у подальшому написана. Реалізація даної навички на початковій стадії навчання грамоті

відбувається у два етапи: спочатку відбувається фонологічне структурування звукової сторони слова, тобто, встановлення тимчасової послідовності фонем, із яких воно складається, а потім відбувається трансформація тимчасової послідовності фонем у просторову послідовність букв. Останній процес відбувається у дитини практично паралельно з фонематичним аналізом та графомоторними операціями запису букв. Це вимагає доволі складної координації перелічених сенсомоторних процесів та, що є особливо важливим, оптимальної концентрації та розподілу уваги під час їх протікання. Якщо здатність до утримання в короткочасній пам'яті тимчасової послідовності звуків або символів у дитини порушена, це неминуче впливає на оволодіння письмом.

Як вже зазначалося, кінцевою ланкою у процесі операцій, які складають письмо, є саме графомоторні навички. Процес письма передбачає програмування низки складних рухів руки, які плавно переходять один в одного, тобто, таку серійну організацію рухів слід вважати важливим структурним компонентом письма. Крім того, багато авторів (О. Лурія, Т. Фаласеніді, О. Соловей та ін.) підкреслюють, що процес письма є неможливим без вибіркової активації – підтримання під час написання достатньої працездатності, активності.

Для правильного письма необхідною умовою є наявність таких компонентів, як переробка слухомовленнєвої, кінестетичної, зорової та полімодальної інформації; програмування, регуляція і контроль акту письма; серійна організація артикуляційних рухів та тонких рухів рук та вибіркова активація.

Жорсткість алгоритму навчання грамоті існуючих програм полягає як у прийомах навчання, так і у термінах та послідовності формування перелічених навичок. Все це суттєво підвищує ризик виникнення порушень письма у випадках незрілості тих або інших передумов, до яких

належить і порушення функцій планування, програмування і контролю діяльності при СДУГ.

Слід також з'ясувати, які специфічні порушення процесу письма властиві дітям із даним розладом. У спеціальній літературі багато авторів розглядають порушення письма головним чином як наслідок недорозвинення усного мовлення (Б. Ананьєв, Р. Лалаєва, Р. Левіна, Н. Нікашина, О. Ольхін, Л. Спирова, М. Хватцев, Г. Чіркїна та ін.). Але в останні десятиріччя все більша увага у вивченні механізмів порушення письма у молодших школярів звертається не тільки на недорозвинення усного мовлення, але й на недостатню сформованість певних психічних функцій, які забезпечують процес письма (Т. Ахутїна, О. Іншакова, А. Корнєв, О. Лурїя, Л. Цветкова, Ф. Юдович та ін.). За даними багатьох авторів, порушення письма часто корелюють з різними розладами у дітей, які обумовлюють недорозвинення функцій регуляції, контролю та програмування довільної психічної діяльності (Т. Ахутїна, О. Величенкова, А. Курганський, Р. Мачинська, Н. Пилаєва та ін.). До таких станів може бути віднесений і СДУГ, оскільки дослідження дизонтогенезу даного розладу виявило недостатній розвиток певних структур головного мозку, що дозволило вченим говорити про недорозвиток довільної психічної діяльності.

У сучасній науковій літературі для позначення порушень письма використовують різні терміни: «дизорфографія», «дисграфія», «еволюційна дисграфія», «специфічні порушення письма» тощо. У психолого-педагогічній літературі під порушеннями письма у дітей розуміється дисграфія та дизорфографія. Ряд авторів вважають, що виникнення специфічних порушень письма є наслідком впливу цілого комплексу етіологічних факторів. Аналіз низки досліджень показує, що багато вчених (Т. Ахутїна, Н. Волоскова, А. Корнєв, Н. Корсакова, А. Курганський, О. Логїнова та ін.) пов'язують виникнення

дисграфій з порушенням або несформованістю вищих психічних функцій. До критеріїв, які дозволяють зробити висновок про наявність у школяра порушень письма вчені відносять такі: 1) виявлення у письмових роботах дитини помилок, які пов'язані переважно з недотриманням фонетичного принципу письма; 2) частотність появи цих помилок; 3) стійкість помилок, виявлення їх в усіх письмових роботах протягом тривалого часу.

Відповідно до класифікації дисграфії, в основі якої лежить несформованість певних операцій письма, виділяють наступні її види: артикуляторно-акустична, дисграфія на підставі порушень фонемного розпізнавання, дисграфія на ґрунті порушень мовного аналізу та синтезу, граматична та оптична.

Артикуляторно-акустична дисграфія виявляється у замінах, пропусках букв, які відповідають замінам та пропускам звуків в усному мовленні. Для цієї форми дисграфії типовими є помилки, які виражаються у заміні букв, що позначають опозиційні фонеми. Вони є близькими за артикуляторними ознаками (свистячі – шиплячі, передньоязичні – задньоязичні) та за акустичними ознаками (дзвінки – глухі; тверді – м'які). Дисграфія, на підставі порушень фонемного розпізнавання виявляється у замінах букв, які відповідають фонетично близьким звукам (свистячі-шиплячі, дзвінки-глухі та ін.), при цьому в усному мовленні звуки вимовляються правильно. В основі дисграфії, на ґрунті порушень мовного аналізу та синтезу, лежить порушення різних форм язикового аналізу та синтезу (поділу речень на слова, складового фонематичного аналізу та синтезу). Для цього виду дисграфії, яка проявляється у викривленнях структури слова та речення, звуко-літерної структури слова, типовими є наступні помилки: пропуски, перестановки та вставки букв; пропуски, додавання, перестановки складів; антиципації букв та складів; персеверації букв та складів; написання слів роздільно та

разом. Граматична дисграфія пов'язана з недорозвитком граматичного ладу мовлення (морфологічних та синтаксичних узагальнень). Порушення письма за даної форми дисграфії виявляються: на фоні речення – у викривленні морфологічної структури слова, заміні префіксів, суфіксів, порушенні конструкцій з прийменниками, зміні відмінку займенників, числа іменників; на фоні мовлення – порушення синтаксичного оформлення мовлення, що виявляється у труднощах конструювання складних речень, пропусках членів речення, порушенні послідовності слів у реченні. І, нарешті, оптична дисграфія пов'язується з недорозвитком зорового гнозису, аналізу та синтезу, просторових уявлень, та проявляється у замінах та викривленнях букв на письмі. До помилок змішування графічно подібних букв належать: помилкове написання букв, які складаються з однакових елементів, але відрізняються розташуванням у просторі; помилкове написання букв, які включають однакові елементи, але відрізняються додатковими елементами; дзеркальне написання букв; пропуски елементів; зайві та неправильно розташовані елементи.

У спеціальній літературі вчені виділяють два напрямки вивчення механізмів специфічних порушень письма: психолого-педагогічний та нейропсихологічний. Представники психолого-педагогічного підходу, який є досить розповсюдженим, пояснюють письмові помилки недорозвитком усного мовлення: явних або прихованих порушень звуковимови (Г. Каше, Н. Нікішина, О. Ольхін, М. Хватцев та ін.), недостатності фонематичного слуху та сприйняття (Р. Левіна, Р. Лалаєва, Л. Спинова, Г. Чиркіна та ін.), загального недорозвитку мовлення (Р. Левіна, Л. Спинова, О. Токарева, А. Ястребова та ін.). Представники цього напрямку в основу порушень письма покладають порушення або несформованість різних вищих психічних функцій.

Останнім часом широке розповсюдження у дослідженні механізмів порушень письма у дітей отримав нейропсихологічний напрямок, представники якого вивчають структурні компоненти, які входять до складу психічних функцій (у тому числі й письма), опираючись на сучасні уявлення про генезис та побудову вищих психічних функцій як складних функціональних систем, їх динамічної та системної локалізації (Т. Ахутіна, О. Лурія, Н. Пилаєва, Л. Цветкова, Г. Семенович, Ж. Глозман, І. Шевченко та ін.). Дослідження зазначених авторів показали, що дисграфія у школярів може бути наслідком порушення будь-якого з функціональних компонентів письма: операцій з переробки слухової, кінестетичної, зорової та зорово-просторової інформації; серійної організації рухів та мовлення, програмування та контролю діяльності, виборчої активації. Зокрема, має ознаки несформованості психічних та, у першу чергу, моторних функцій: порушення координації, неловкі рухи, несформованість дрібної моторики, наслідком чого є, зокрема, несформований почерк, неутримання положення рядка у просторі, дезавтоматизованість, коливання швидкості письма. Гіперактивність дитини поєднується із специфічною уповільненістю у розвитку рухових навичок та мовлення, уповільненим оволодінням, зокрема, письмом, тому дисграфія є частим коморбідним до СДУГ розладом. За нейропсихологічного обстеження виявляються також інертність, дискоординованість рухів та труднощі утримання програми у динамічному практисі, а також несформованість просторових функцій у практисі та малюнку. Отже, письмо та невербальні психічні функції мають спільні ланцюжки та здійснюються за участю загальних компонентів, порушення яких може призвести до розладів письма та інших психічних функцій.

Таким чином, навичка письма пов'язана з усним мовленням та його закономірностями, але має власну психологічну, сенсомоторну базу, яка забезпечує практичну реалізацію усіх форм письма. Одним із

найважливіших функціональних компонентів письма є довільна регуляція: планування, реалізація та контроль акту письма. Процес письма вимагає оптимальної концентрації та розподілу уваги під час його протікання. У випадку незрілості функції планування, програмування і контролю діяльності при СДУГ має місце підвищений ризик виникнення порушень письма. У школярів із СДУГ спостерігаються певні порушення письма, обумовлені спільністю механізмів їх виникнення із розладами уваги та гіперактивності-імпульсивності.

Виходячи із вищевикладеного, можна зробити наступні висновки.

1. У спеціальній літературі СДУГ розуміється як поліморфний клінічний синдром, головними проявами якого є порушення здатності дитини контролювати та регулювати свою поведінку, що виявляється моторною гіперактивністю, порушенням уваги та імпульсивністю. СДУГ є поліетіологічним розладом, який формується у результаті складної взаємодії біологічних чинників, індивідуальних психологічних характеристик дитини та середовищних факторів. Основні прояви (ознаки) СДУГ представлені, як правило, трьома симптомокомплексами: порушенням уваги, гіперактивністю та імпульсивністю. В окремих джерелах симптоматика СДУГ описується через характеристику розладів різних виконавчих функцій, які пов'язані з організацією та регулюванням власної поведінки: розлади імпульс-контролю, прогнозування, планування та самоорганізація поведінки, контролю уваги та аналізу інформації, емоцій, власної рухової активності, регулювання процесів збудження/гальмування. Для СДУГ характерна поліморфність, аспектами якої є ситуативна варіабельність симптомів, наявність підтипів, ступенів важкості, гендерних особливостей, вплив вікового фактору. Виділяються три підтипи розладу: комбінований, з домінуючою гіперактивністю-імпульсивністю та з домінуючим порушенням уваги.

2. На теперішній час діагностика СДУГ ґрунтується на клінічних критеріях. До методів, які застосовуються при дослідженні дітей з гіперактивною поведінкою, належать: клінічна співбесіда; спостереження за поведінкою; заповнення опитувальників, анкет, оціночних шкал; отримання додаткової інформації; дослідження неврологічного статусу; психологічне обстеження із застосуванням нейропсихологічних та психометричних методів. Для постановки лікарем діагнозу достатньо відповідності стандартним міжнародним критеріям (класифікація DSM–V), а результати інших досліджень носять лише допоміжний характер. У той же час психологічне обстеження є важливим елементом комплексної діагностики СДУГ у дітей молодшого шкільного віку, оскільки надає додаткову суттєву інформацію про особливості когнітивного, емоційно-вольового розвитку дитини та порушення шкільних навичок (у тому числі письма), необхідну для своєчасної та правильної постановки діагнозу та розробки корекційних заходів.

Навичка письма пов'язана з усним мовленням та його закономірностями, але має власну психологічну, сенсомоторну базу. Одним із найважливіших функціональних компонентів письма є довільна регуляція: планування, реалізація та контроль акту письма. Процес письма вимагає оптимальної концентрації та розподілу уваги під час його протікання. Якщо здатність до утримання в короткочасній пам'яті тимчасової послідовності звуків або символів у дитини порушена, це неминуче впливає на оволодіння письмом. У випадку порушення функцій планування, програмування і контролю діяльності при СДУГ має місце підвищений ризик виникнення порушень письма. У школярів із СДУГ спостерігаються певні порушення письма, обумовлені спільністю механізмів їх виникнення із розладами уваги та гіперактивності-імпульсивності.

2.3. Особливості писемного мовлення у дітей молодшого шкільного віку із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю

(*Бохонкова Ю. О., Турубарова А. В.*)

1. Заскїна Л. В., Соловей О. А. Гїперактивний розлад із дефіцитом уваги: теорїя і практика. Луцьк, 2011. 228 с.

2. Карпенко Н. В. Дїагностика психїчного розвитку дитини в роботї педагога (вчителя, вихователя): навчальний посїбник. 3-є вид. Київ, 2015. 248 с.

3. Кльоц Л. А. Гїперактивнїсть як медико-психологїчна проблема. *Формування професїйної компетентностї майбутнїх педагогів дошкїльної та початкової школи: збїрник науково-методичних праць*. 2014. С. 261–266.

4. Лурия А. Р. Очерки психофизиологии письма. Електронний ресурс. Режим доступу <https://www.libex.ru/detail/book733511.html> (Дата звернення 12.09.2022).

5. Перепада О.М. Синдром дефіциту уваги та гїперактивностї як медико-психологїчна проблема. *Проблеми сучасної психологїї*. 2010. Випуск 10. С. 591–599. URL: <http://problemps.kpnu.edu.ua/wp-content/uploads/sites/58/2017/06/10-60.pdf>.

6. Романчук О. І. Гїперактивний розлад з дефіцитом уваги у дїтей. Львїв, 2008. 326 с.

7. Соловей О. А. Психологїчні особливостї мовленнєвої діяльностї дїтей з гїперактивним розладом та дефіцитом уваги: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.07. Луцьк, 2010. 20 с.

8. Суковський Є. Г. Гїперактивний розлад з дефіцитом уваги у дїтей: poradник для батьків. Львїв, 2008. 144 с.

9. Тохтамиш О. М. Психологїчний супровід дїтей дошкїльного та молодшого шкїльного віку з гїперактивнїстю

та дефіцитом уваги: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04. Київ, 2010. 18 с.

10. Фаласеніді Т. М. Педагогічна підтримка учнів з гіперактивним розладом у загальноосвітній школі США: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.01. Львів, 2016. 289 с.

11. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM–5)*. URL: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>

2.4. Формування соціального інтелекту в умовах тренінгових занять у підлітків з проявами психічного інфантилізму

(Антоненко І. Ю., Кіріллова А. О.)

1. Варій М. Й. Загальна психологія: підручник для студ. навч. закл. 3-тє вид. Київ, 2009. 1007 с.

2. Войтко В. В. Психолого-педагогічний супровід дітей із затримкою психічного розвитку: навч.-метод. посібник. Київ, 2017. 48 с.

3. Волошина В. В., Долинська Л. В., Ставицька С. О., Темрук О. В. Загальна психологія: практикум: навч. посібник. Київ, 2005. 280 с.

4. Дуткевич Т. В. Загальна психологія. Теоретичний курс: навч. посібник. Київ, 2016. 388 с.

5. Загальна психологія: підручник. О. В. Скрипченко, Л. В. Долинська, З. В. Огороднійчук та ін. Київ, 2005. 464 с.

6. Івашкевич Е. З. Соціальний інтелект особистості та його складові в структурі загального інтелекту. *Актуальні проблеми психології: зб. наук. пр. Ін-ту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / за ред. С. Д. Максименка*. Київ, 2013. Т. 10. Вип. 25. С. 165–175.

7. Івашкевич Е. З. Соціальний інтелект як система інтелектуальних здатностей особистості. *Проблеми сучасної психології*. 2016. Вип. 32. С. 153–166.

**АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ОСВІТНЬО-
РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПРОСТОРУ: СОЦІАЛЬНІ,
ПЕДАГОГІЧНІ ТА ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ**

Монографія

Том 2

*За загальною редакцією д. пед. н., проф. В. В. Нечипоренко
За редакцією д. соціол. н., проф. Н. М. Гордієнко,
д. пед. н., доц. М. А. Дергач*

Комп'ютерне верстання – П. В. Демченко
Дизайн обкладинки – Т. В. Геворкян-Тарасова

Підписано до друку 10.11.2022
Формат 60x84/16. Папір офсетний.
Гарнітура Times New Roman. Друк Riso.
Ум. друк. арк. 25,34.
Наклад 300 пр. Зам. № 106

Видавництво комунального закладу вищої освіти
«Хортицька національна навчально-реабілітаційна академія»
Запорізької обласної ради
Україна, 69017, м. Запоріжжя, вул. Наукового містечка, 59.
Свідоцтво: ДК № 7031 від 27.12.2019 р.
E-mail: info@khnnra.zp.ua
Сайт: khnnra.edu.ua