

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

**ІННОВАЦІЙНО-ТЕХНОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ ДО РОБОТИ
В ІНКЛЮЗИВНОМУ СЕРЕДОВИЩІ ЗАКЛАДУ ДОШКІЛЬНОЇ ОСВІТИ**

Монографія

Київ – 2025

УДК 373.2

І66

Рецензенти:

Гнізділова О. А., доктор педагогічних наук, професор, професор кафедри дошкільної освіти Полтавського національного педагогічного університету імені В. Г. Короленка.

Зданевич Л. В., доктор педагогічних наук, професор, професор кафедри теорії та методики Хмельницької гуманітарно-педагогічної академії.

*Рекомендовано до друку Вченою радою
Маріупольського державного університету
Міністерства освіти і науки України
(протокол № 7 від 26.02.2025 р.)*

ISBN

І66 Інноваційно-технологічні засади підготовки фахівців до роботи в інклюзивному середовищі закладу дошкільної освіти : монографія [Електронне видання] / [авт.кол. : Ю.О. Демидова, К.Л. Крутій, С.І. Макаренко, О.А. Поповська, О.О. Фунтікова, О.І. Чекан, В.Ф. Яйленко], за заг. ред. Демидової Ю.О.; за наук. ред. К.Л. Крутій, О.А. Фунтікової. – Київ: Маріупольський державний університет, 2025. 307 с.

У монографії «Інноваційно-технологічні засади підготовки фахівців до роботи в інклюзивному середовищі закладу дошкільної освіти» висвітлено особливості професійної підготовки майбутніх фахівців у галузі дошкільної освіти в контексті викликів сьогодення.

Матеріали монографії адресовано викладачам і студентам закладів вищої освіти, викладачам інститутів післядипломної педагогічної освіти, керівникам і педагогічним працівникам освітніх закладів, а також усім, хто цікавиться питаннями професійної підготовки педагогічних кадрів для роботи в закладах дошкільної освіти.

УДК 373.2

**© Ю. Демидова, К. Крутій, С. Макаренко,
О. Поповська, О. Фунтікова, О. Чекан,
В. Яйленко, 2025
© МДУ, 2025**

ISBN

1.3. ПІДГОТОВКА ЗДОБУВАЧІВ ПЕРШОГО (БАКАЛАВРСЬКОГО) РІВНЯ ВИЩОЇ ОСВІТИ ДО РОБОТИ З ДІТЬМИ, ЯКІ МАЮТЬ РОЗЛАД ІЗ ДЕФІЦИТОМ УВАГИ ТА ГІПЕРАКТИВНІСТЮ, ЗА СЕРТИФІКАТНОЮ ПРОГРАМОЮ «ІНКЛЮЗІЯ. ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РІВНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ»

Юлія ДЕМИДОВА,

кандидат педагогічних наук, доцент, проректор з науково-педагогічної
роботи та молодіжної політики, доцент кафедри дошкільної освіти
Маріупольського державного університету

Катерина КРУТІЙ,

доктор педагогічних наук, професор, професор кафедри дошкільної освіти
Маріупольського державного університету

Анотація: У статті обґрунтовано необхідність вивчення труднощів, які є у дитини, характеру її розвитку, а також її здібностей та потенціалу.

Для РДУГ характерна неоднорідність проявів, які можуть переростати у суперечливі форми, іноді супутні захворювання, що супроводжуються іншими розладами (коморбідність), а також контекстуальне нашарування симптомів, які можуть бути не очевидними або очевидними під час клінічного дослідження.

Уточнено класифікацію РДУГ трьох підтипів: комбінований тип, неухвальный тип та гіперактивно-імпульсивний тип. У статті запропоновано педагогічні умови успішного включення дитини з будь-яким типом РДУГ в освітній процес, які ґрунтуються на якісному плануванні та підготовці майбутніх педагогів спеціальності «Дошкільна освіта» за сертифікатною програмою «Інклюзія. Забезпечення рівних можливостей» до процесу взаємодії з дітьми та батьками.

Ключові слова: інклюзія, інклюзивне освітнє середовище, розлад із дефіцитом уваги та гіперактивністю, чинники РДУГ, причини РДУГ, сертифікатна програма «Інклюзія. Забезпечення рівних можливостей», здобувачі вищої освіти.

Abstract: The article substantiates the need to study the difficulties that a child has, the nature of his development, as well as his abilities and potential.

ADHD is characterized by heterogeneity of manifestations that can develop into contradictory forms, sometimes concomitant diseases accompanied by other disorders

(comorbidity), as well as contextual layering of symptoms that may be obvious or not obvious during a clinical study.

The classification of ADHD into three subtypes has been clarified: combined type, inattentive type and hyperactive-impulsive type. The article presents pedagogical conditions for the successful inclusion of a child with any type of ADHD, which are based on high-quality planning and training of future teachers of the specialty «Preschool Education» under the certificate program for the process of interaction with children and parents.

Key words: *inclusion, inclusive educational environment*, attention deficit hyperactivity disorder, ADHD factors, ADHD causes, certificate program educational «Preschool Education. Inclusion», higher education students.

РДУГ як порушення нейророзвитку

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визначає порушення нейророзвитку як одне з найсерйозніших проблем громадської охорони здоров'я, оскільки РДУГ є одним із найпоширеніших серед дітей у всьому світі, що зазвичай збігається із затримкою розвитку мовлення, порушенням рухових функцій та порушенням емоційного контролю, і навіть з іншими психіатричними розладами. Вважається, що близько 5% дітей у всьому світі страждають від РДУГ [39].

Від 1 до 20% дітей у всьому світі, як у розвинених, так і в країнах, що розвиваються, страждають на РДУГ. В арабських країнах, наприклад, в Єгипті, спостерігається широкий спектр із відсотковим співвідношенням від 1,3 до 20%. Поширеність може змінюватись в залежності від дизайну дослідження, демографії, інформаторів, діагностичних стандартів та розміру вибірки [42].

Розлад із дефіцитом уваги та гіперактивністю (ADHD – Attention Deficit Hyperactivity Disorder) належить до групи «Психічних та поведінкових розладів» [55].

РДУГ – це поліморфний нейробиологічний розлад, що проявляється з раннього дитинства симптомами неуважності, гіперактивності та імпульсивності.

Симптоми впливають на поведінкове, емоційне, когнітивне, академічне та соціальне функціонування.

Американська психіатрична асоціація офіційно визнала синдром дефіциту уваги розладом у 1908 році у своєму Діагностичному та статистичному посібнику з психічних розладів. Асоціація описує три типи синдрому дефіциту уваги: переважно неуважний, переважно імпульсивний і поєднання обох [15]. Невуважність проявляється у тому, що дитина легко відволікається, їй важко зосередитися і звернути увагу на те, що відбувається навколо. Дитина, здається, не слухає і часто не може завершити завдання. Імпульсивність проявляється в тому, що ви дієте бездумно, говорите вголос, перебиваєте інших і не бажаєте чергувати. Дитина важко організовує роботу і переключається з одного виду діяльності на інший.

Розлад із дефіцитом уваги та гіперактивністю (РДУГ) є одним з найчастіших розладів у дитячій та підлітковій психіатрії, з поширеністю понад 5%. Нозологічні системи, такі як американський Діагностичний та статистичний посібник з психічних розладів, 5-е видання (DSM-5) та Міжнародна класифікація хвороб, 10 та 11 видання (МКХ-10/11) продовжують визначати РДУГ відповідно до поведінкових критеріїв, заснованих на спостереженні та повідомленнях інформаторів. Незважаючи на переважну більшість досліджень РДУГ упродовж останніх 10-20 років, все ще відсутні надійні нейробіологічні маркери або інші об'єктивні критерії, які могли б привести до однозначної діагностичної класифікації [63].

Навпаки, концепція РДУГ стала ширшою та різноманітнішою.

Отже, діагностика, лікування та корекція РДУГ, як і раніше, є складним завданням для лікарів, вимагаючи все більшої опори на їхні знання та досвід, а для психологів і педагогів – серйозним випробуванням на фаховість.

РДУГ діагностують у 3–5% населення, включаючи дітей і дорослих. У середньому, 2,5% дорослих мають ADHD. Розлад зазвичай присутній з народження, хоча деякі діти його «переростають», і він зникає після підліткового

віку, у деяких залишається на все життя приблизно у 30-50% дорослих [22]. Хоча РДУГ можна надійно діагностувати в дитинстві, це значно складніше у підлітковому та дорослому віці. Діагностичні критерії вимагають появи основних симптомів до семи років (МКХ-10) або до дванадцяти років (DSM-5), тому ретроспективна оцінка симптомів РДУГ у дітей є обов'язковою та ключовим питанням у діагностичній оцінці РДУГ у підлітків та дорослих.

РДУГ у дорослих – це неврологічне розлад, який частіше діагностується у чоловіків (5,4%), ніж у жінок (3,2%), характеризується стійкою моделлю неуважності, гіперактивності та/або імпульсивності, яка заважає і впливає на роботу та відносини, особливо якщо його не лікувати. РДУГ історично вважався дитячим захворюванням, але тепер його визнано довічним захворюванням, яке зберігається й у дорослому віці. Однак показники збереження варіюються від 6% до 30% і, можливо, навіть вищі.

Особи з РДУГ можуть отримати діагноз у дитинстві або в дорослому віці, проте вчені вважають, що РДУГ значно недодіагностовано у дорослих.

Симптоми РДУГ у дорослих загалом нагадують загальні ознаки дитячого РДУГ. Проте відомо, що інтенсивність симптомів, особливо гіперактивності, згодом у багатьох людей знижується.

Нещодавні дослідження уточнили розуміння РДУГ, припустивши відмінності у симптоматиці між статями та віковими групами, що має важливі наслідки для діагностики і стратегій втручання. Хлопчики з РДУГ, як правило, демонструють важку клінічну картину, часто висловлюючи свої симптоми у формах гіперактивності та провокаційної поведінки [17; 54].

Існує поширена думка, що хлопчики частіше страждають на РДУГ. Однак американський дитячий психіатр Bennett Leventhal спростовував це [60]. За його спостереженнями, у хлопчиків РДУГ часто проявляється як надмірна рухова активність і імпульсивність, а у дівчат – як неуважність. Через те, що надмірна рухливість та імпульсивність привертають більше уваги, здається, що РДУГ у дівчат трапляється рідше.

РДУГ характеризується неоднорідністю проявів, які можуть набувати протилежних форм, частими та мінливими супутніми захворюваннями, подекуди збігом з іншими розладами, а також контекстною залежністю симптомів, які можуть або не можуть бути очевидними під час клінічного обстеження. Хоча нейробіологічні та генетичні основи розладу не викликають сумнівів, біомаркери чи інші об'єктивні критерії, які могли б привести до автоматичного алгоритму для надійної ідентифікації РДУГ у людини у клінічній практиці, як і раніше, відсутні.

РДУГ проявляється неоднорідно і пов'язаний з різними психічними розладами. Причина залишається неясною, але генетичні та екологічні чинники, затримки дозрівання областей мозку та порушення регуляції нейротрансмітерів мають місце. Ефективне лікування потребує міждисциплінарного підходу, що насамперед охоплює фармакологічне та поведінкове втручання. Стимулятори, такі як метилфенідат та амфетаміни, є препаратами першої лінії, але для деяких пацієнтів можуть розглядатися і нестимулятори. Однак стимулятори стикаються з проблемами, пов'язаними зі зловживанням, залежністю та проблемами довгострокової переносимості.

Етіологія РДУГ охоплює генетичну схильність, вплив довкілля, а також пренатальні, перинатальні та постнатальні чинники.

Пренатальні причини охоплюють материнську дієту, вживання алкоголю, вірусні інфекції та стрес.

Постнатальні чинники – черепно-мозкову травму, менінгіт, токсини, дефіцит поживних речовин, а також дефіцит йоду та гіпотиреоз. Роль мікробіома кишечника в РДУГ є дедалі очевиднішою, впливаючи в розвитку нервової системи через вісь мікробіота–кишківник–мозок. Розуміння цих різноманітних етіологічних чинників має важливе значення для комплексного лікування РДУГ.

Класифікація РДУГ на три підтипи – комбінований тип, переважно неухвально-неуважний тип та переважно гіперактивно-імпульсивний тип – залишається критично важливою для діагностики та планування корекції, наголошуючи на різноманітності симптомів розладу [41]. Критерії діагностики вимагають проявів

шести або більше симптомів із категорій гіперактивності-імпульсивності або неуважності упродовж як мінімум шести місяців з початком у віці до семи років.

Класифікація МКХ-10 розрізняє гіперкінетичний розлад дитячого віку (з не менш ніж шістьма симптомами неуважності й шістьма симптомами гіперактивності/імпульсивності, що є до віку 6 років) та гіперкінетичний розлад поведінки, поєднання симптомів РДУГ і симптомів опозиційно-викликання. У МКХ-11 (онлайн-версія з червня 2018 р.) останню категорію було виключено, як і точне вікове обмеження («початок у період розвитку, як правило, у ранньому чи середньому дитинстві»).

Більш того, МКХ-11 розрізняє п'ять підкатегорій РДУГ, які відповідають підкатегоріям DSM-5:

- РДУГ комбінований прояв,
- РДУГ переважно неуважний прояв,
- РДУГ переважно гіперактивний/імпульсивний прояв,
- РДУГ інший уточнений,
- РДУГ інший не уточнений.

Для діагностики поведінкові симптоми мають виходити за межі нормальних варіацій, очікуваних віку та рівню інтелектуального функціонування людини [27].

Причини РДУГ у дітей та дорослих

Основна причина РДУГ – порушення дофамінової та норадреналінової систем передачі нервового імпульсу в лобно-базальних відділах головного мозку. Це призводить до недостатності гальмівних механізмів, низької здатності контролювати поведінку, неуважності та підвищеної рухливості.

Розлад може мати генетичну спадковість, часто зустрічаючись у батьків або близьких родичів дитини з РДУГ.

РДУГ – це нейропсихіатричний розлад, який обумовлено особливостями будови та функціонуванням головного мозку, а не поганим вихованням,

алергічними реакціями чи штучно створеними проблемами, як це часто вважають. Дослідження показують, що у дітей із РДУГ лобна кора мозку дозріває повільніше, що погіршує саморегуляцію та контроль. Це ускладнює прийняття зважених рішень, виконання вказівок без нагадувань та тривале зосередження уваги на завданнях.

Дослідження виявили численні відмінності у роботі мозку при РДУГ.

РДУГ суттєво впливає на виконавчі функції. Виконавче функціонування – це набір когнітивних процесів, включаючи планування, розстановку пріоритетів, контроль імпульсів, гнучкість, управління часом та емоційне регулювання, які допомагають людям досягати довгострокових цілей.

Ці процеси відбуваються у префронтальній корі – «центрі особистості» – мозку. Крім префронтальної кори, РДУГ впливає на інші області мозку, включаючи базальні ганглії, область, що регулює комунікацію всередині мозку, і мозок, який відповідає за рух та рівновагу. Усі три працюють разом, регулюючи увагу, виконавчу функцію, рухову активність та контроль імпульсів [28].

Хімічні посланці, які називають нейротрансмітерами, дозволяють клітинам мозку спілкуватися один з одним. Дофамін і норадреналін – два ключові нейротрансмітери, що відіграють найважливішу роль у виконавчому функціонуванні мозку. Дофамін контролює мотивацію, винагороду та задоволення. Норадреналін відповідає за підтримку уваги та допомагає з виконавчим функціонуванням.

У людей із РДУГ спостерігається нижчий рівень дофаміну та норадреналіну в областях мозку, включаючи префронтальну кору. Це призводить до труднощів у підтримці когнітивних функцій, таких як увага, контроль імпульсів та мотивація.

Дослідження показують, що у людей із РДУГ у мозку більше переносників дофаміну. Дослідники виявили щонайменше 27 можливих генетичних маркерів, що модулюють регуляцію дофаміну в мозку [29].

РДУГ є мультифакторним розладом, тобто його розвиток зумовлюють різні чинники середовища, а саме: генетичні та біологічні. Кожен окремий чинник

пояснює лише незначну частину ризику розвитку РДУГ. Ці ризики неспецифічні й також зустрічаються при інших психічних та неврологічних розладах.

Генетичні чинники. Зростаюча кількість досліджень показує, що генетика відіграє значну роль у РДУГ і що генетичні ризики можуть підвищити сприйнятливість до РДУГ, змінюючи індивідуальну чутливість до ризиків довкілля або захисних чинників.

РДУГ передається в сім'ях і може передаватися від одного покоління до іншого, що можна назвати терміном «спадковий ризик або відповідальність», хоча не всі генетичні ризики не обов'язково передаються у спадок. Оцінки спадковості в етіології РДУГ враховують не тільки генетичні ризики, але, скоріше, взаємодію генів та довкілля.

Отже, РДУГ має виражений генетичний компонент, про що свідчить підвищений ризик цього розладу у родичів першої лінії – батьків, дітей та братів/сестер. За результатами досліджень близнюків у різних країнах, оцінка спадковості досягає 76%, що є одним з найвищих показників серед психічних розладів. Також порушення у роботі деяких нейротрансмітерів, таких як дофамін, можуть сприяти розвитку гіперактивності, оскільки дофамін відповідає за регулювання уваги, мотивації та настрою. За даними сімейних досліджень, а також досліджень близнюків, успадкованість РДУГ оцінюється в діапазоні від 75 до 90%. Сильний генетичний компонент був також виявлений при оцінці екстремальних і підпорогових безперервних симптомів рис РДУГ у близнюків. Було виявлено, що впродовж життя РДУГ у дорослих демонструє високу успадкованість, на яку не впливають загальні ефекти довкілля [32; 45; 59].

Чинники довкілля та соціальні чинники. Довкілля та соціальні чинники також впливають на розвиток РДУГ. Серед них:

- Вживання алкоголю та паління під час вагітності.
- Куріння під час грудного вигодовування.
- Хронічний стрес.

- Надмірне споживання рафінованого цукру, дефіцит жирних кислот, заліза та цинку, що можуть негативно впливати на симптоматику РДУГ.
- Недостатній сон, що може посилювати симптоми РДУГ [32].

Проблеми у взаємодії з батьками в дитинстві можуть сприяти формуванню нездорових поведінкових реакцій.

Хлопчики, як правило, більш гіперактивні, мають більше проблем з ментальною адаптацією до нових ситуацій, їм складніше стримувати себе від певних рухів тіла. РДУГ частіше зустрічається у чоловіків, ніж у жінок. У жінок частіше спостерігаються симптоми неуважності, у чоловіків – частіше проявляються симптоми гіперактивності та імпульсивності, особливо в дошкільному дитинстві. Спадковість однакова у чоловіків та жінок, а також для неуважних та гіперактивно-імпульсивних компонентів РДУГ.

Медична спільнота активно досліджує симптоматику, походження та клінічні аспекти гіперактивності в дітей. Однак, причини виникнення РДУГ залишаються мало дослідженими. Передбачається, що за розвиток цього розладу може відповідати порушення регулювання дофаміну, що негативно впливає на функціонування центральної нервової системи. Проте ця теорія потребує подальших досліджень, а головна причина залишається невідомою.

Нейробіологічне протікання РДУГ дослідниками пояснюється ще й різними моделями [61; 62].

Згідно з першою моделлю, ремісія у дорослому віці може бути зведена до нормалізації функцій мозку за допомогою дозрівання.

Друга модель пояснює ремісію у вигляді залучення компенсаторних функцій мозку.

Третя модель стверджує, що аномалії функцій мозку демонструють довічне збереження, навіть якщо поведінкова дисфункція могла зникнути. Автори цих моделей передбачають, що всі зазначені моделі можуть пояснювати результати, що розходяться в літературі.

Точна причина РДУГ невідома, проте дослідження свідчать, що це генетична проблема. Це проблема мозку, тому що в дітей із РДУГ низький рівень мозкової хімічної речовини (дофаміну). Дослідження показують, що метаболізм мозку дітей із РДУГ нижче в тих частинах мозку, які контролюють увагу, соціальне судження та рух.

Отже, наразі науковці визначили перелік чинників, що можуть сприяти розвитку РДУГ у дітей. До них належать:

- Генетична схильність: наявність синдрому в родичів першої лінії.
- Негативний вплив чинників довкілля: екологія, прийом шкідливих речовин матір'ю, важкі захворювання до та під час вагітності.
- Важкі або передчасні пологи, внутрішньоутробна гіпоксія.
- Стрес або травма матері під час вагітності.
- Загроза переривання вагітності.

Наявність цих чинників не гарантує народження дитини з гіперактивністю. Проте дослідження підтверджують наявність хоча б одного з них при діагностуванні РДУГ.

Трійка основних проявів РДУГ – надмірна рухова активність, імпульсивність та неуважність – є завжди, але ступінь їхньої вираженості може бути різною. Тому діти з цим розладом мають багато спільного, але можуть суттєво відрізнятись одне від одного.

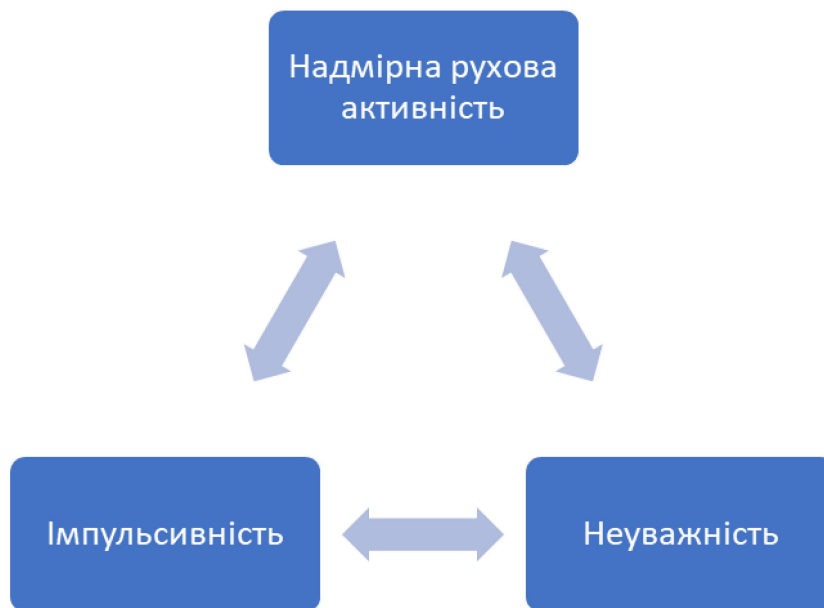


Рис. 1. Основні прояви РДУГ

Діти з РДУГ часто є жертвами булінгу, який нерідко починається в навчальному середовищі або у сімейному колі. Суспільний осуд поведінки дитини та тиск на її батьків сприяють булінгу. Батьки, не витримуючи тиску, часто самі стають булерами, застосовуючи навіть фізичні покарання. Це призводить до страждань дитини, яка не може виконувати те, що від неї вимагають.

Виховання дитини з РДУГ є складним завданням через переважаючі поведінкові проблеми, низьку доступність спеціалізованої допомоги та узагальнене почуття соціальної стигми.

У дослідженні E.M. Harb та ін. [40] взяли участь дванадцять батьків дітей віком від 4 до 14 років, у всіх було діагностовано РДУГ відповідно до критеріїв DSM-V. Учасники були набрані за допомогою цілеспрямованої вибірки та були проведені напівструктуровані інтерв'ю. Тематичний аналіз виявив три ключові теми: «Подорож через РДУГ», в якій батьки усвідомлювали відхилення своїх дітей, повідомляли про страждання під час діагностики та описували широкий спектр невизначеності щодо діагнозу та лікування.

Друга тема була «Хвороба як частина життя», де батьки повідомляли про вплив на сімейну динаміку та соціальне життя. Третя тема – «Тягар догляду», що відображає фізичне та емоційне виснаження та фінансовий тягар.

На думку E.M. Garb та ін. [40], батьки, які доглядають дітей з РДУГ, стикаються з низкою проблем, включаючи фізичні, емоційні, економічні та соціальні проблеми та мають обмежений доступ до спеціалізованих послуг. Результати дослідження виявили три ключові теми.

По-перше, батьки зіткнулися з труднощами у розпізнаванні ознак РДУГ та відчували невизначеність під час діагностики та лікування.

По-друге, цей стан вплинув на сімейне життя, порушивши відносини і повсякденне життя, що в багатьох випадках призвело до соціальної ізоляції.

По-третє, батьки розповіли про тяжкий тягар догляду, підкресливши емоційну, фізичну та фінансову напругу, яку вони перенесли, керуючи станом своєї дитини. Ці проблеми наголошують на важливості надання кращої підтримки, ресурсів та чутливої політики для допомоги сім'ям, які виховують дітей з РДУГ.

Польова поведінка при РДУГ

Термін «Польова поведінка» ввів психолог Курт Левін. Він запропонував концепцію, згідно з якою всі речі, що оточують конкретну людину, мають позитивну або негативну валентність – певне поле тяжіння або відштовхування.

Маленька дитина, побачивши цукерку, буде намагатися з'їсти її, не звертаючи уваги на те, що цукерка брудна, оскільки лежить на підлозі.

До 3-х років прояви польової поведінки вважаються нормою – у цей період ще дозрівають лобові частки мозку, але в старшому віці вже потрібно обстеження та втручання.

Окремий вид польової поведінки – утилізаційна поведінка, у якому людина, побачивши об'єкт, відразу починає використовувати його за призначенням, не

звертаючи увагу доречність. Наприклад, одягає окуляри, незважаючи на те, що не має проблем із зором, і в даний момент не потрібно щось розглядати.

У відкритому доступі мало інформації про утилізаційну поведінку і вважається, що вона пов'язана з ураженням лобових часток, проте низка авторів вказує на його зв'язок із РДУГ.

Так, Сара Арчибальд з колегами у своєму дослідженні «Докази утилізаційної поведінки у дітей з РДУГ», ґрунтуючись на даних про те, що синдром може торкатися нервових шляхів, що пролягають у передніх відділах смугастого тіла, дійшла таких висновків:

- надмірну активність у дітей із РДУГ можна вважати утилізаційною поведінкою;
- чим більша гіперактивність, тим частіше буде проявлятися така поведінка [19].

З віком прояви РДУГ зменшуються. Найбільш стійка до змін – неуважність, яка, за даними досліджень, залишається на все життя у 20-25% людей. Руховий компонент розладу значно зменшується до 10-12 років і може зникнути повністю. Подібна тенденція спостерігається з імпульсивністю.

Отже, основні симптоми розладу – гіперактивність, імпульсивність та неуважність.

Людам з РДУГ складно концентруватися, вони схильні до багатозадачності, що часто заважає доводити завдання до кінця через неспроможність мозку фокусуватися.

Розглянемо послідовно кожен симптом.

Симптоми РДУГ: гіперактивність

Дитина з переважно гіперактивним типом часто:

- Совається або сіпається на сидінні, часто розгойдується.
- Має проблеми з тим, щоб всидіти на місці під час обіду, занять, зустрічей тощо.
- Бігає або лазить у невідповідних ситуаціях (у крамниці).

- Не може спокійно займатися дозвіллям або гратися.
- Здається, що вона «в русі» або відчуває дискомфорт, коли не рухається.
- Надмірно розмовляє.
- Відповідає на запитання до того, як воно було поставлене, або закінчує речення інших людей.
- Перебиває або втручається в розмови чи діяльність інших людей, або користується чужими речами без дозволу.

Звісно, усі діти можуть бути рухливими, але у випадку РДУГ підвищена рухливість заважає дитині: вона не може всидіти на одному місці тривалий час, спокійно поїсти або постояти в черзі. Така рухливість не має конкретної мети і більше нагадує метушливість з багатьма зайвими та непотрібними рухами.

Дитина може кидати розпочату справу та переключатися на іншу. Вербальні інструкції зазвичай мало допомагають керувати її діями. Часто вона реагує не на зміст зауваження, а на висоту й гучність голосу. Через це батьки та вихователі часто кричать на таких дітей, а ті, у свою чергу, реагують тільки на крики. На рис. 2. художник «Mostly ADHD» зобразив, що відчувають люди зі РДУГ.



Рис. 2. Художник «Mostly ADHD». Що відчувають люди зі РДУГ

Розповсюдженим прикладом надмірної рухової активності є постійна потреба бути в русі – гойдатись на стільці, крутити щось у руках, малювати на клптиках паперу, змінювати позу тіла, гримасувати обличчям тощо.

Ці дії часто вважаються зумисними, але це не так.

Дитина із РДУГ не може позбутися проявів надмірної рухливості. Сварити її за це – все одно, що сварити людину за кульгавість через хвору ногу.

Визначимо вікові особливості симптомів гіперактивності у дітей до одного року, у дітей раннього та дошкільного віку.

Симптоми гіперактивності в дітей до 1 року

- Виявити ознаки гіперактивності у дітей до року може бути складно, оскільки всі малюки цього віку рухливі та допитливі. Проте існують певні особливості поведінки, на які варто звернути увагу:
 - Дитина майже не сидить на місці, постійно рухається.
 - Малюк дуже «багатослівний» – постійно кричить, гулить, белькоче, видає різні звуки.
 - Підвищена чутливість до зовнішніх подразників – малюк може плакати через звуки або запахи.
 - Поганий, чутливий сон, не відповідає віковим нормам – батьки часто скаржаться, що дитина майже не спить.
 - Може не любити, коли її беруть на руки та погано реагувати на ласку або, навпаки, постійно прагне фізичного контакту з матір'ю.
 - Знижений апетит.
 - Надмірна реакція на звернення до малюка – батьки намагаються не шуміти та «не ворухитися», щоб не провокувати активність дитини [1].

Симптоми гіперактивності в дітей раннього віку

Ознаки гіперактивності є більш очевидними та потребують уваги батьків, педагогів, психологів та початку корекції. Безпека дитини може бути під загрозою через такі симптоми:

- Дитина не сидить на місці, навіть у лежачому положенні рухає кінцівками та головою.
- Не реагує на зауваження дорослих.
- Проявляє впертість та агресію.
- Готова на «подвиги» або необдумані дії в будь-який момент.
- Відсутнє почуття страху, навіть за наявності негативного досвіду.
- Часто відволікається під час гри або цікавого заняття.
- Непосидюча та нетерпляча, стояння у черзі – справжнє випробування.

- Незграбна, швидко створює безлад.
- Втрачає або забуває свої речі, навіть улюблені.
- Смокче палець або торкається статевих органів (у хлопчиків) для зняття напруги.
- Стомлює батьків, хоча оточуючі можуть не помічати відхилень та радіти активності дитини [1].
- Симптоми в дітей дошкільного віку
- У старших дошкільнят до поведінкових особливостей додаються психологічні проблеми:
- Низька самооцінка, пасивна життєва позиція.
- Невпевненість у своїх силах, тривожність, страхи.
- Не може себе контролювати, навіть якщо батьки розповіли, як поводитися.
- Робить дурниці без мети, не може пояснити свою мотивацію.
- Надмірна образливість, погано сприймає критику.
- Розмовляє, коли це недоречно, або сама із собою, перебиває інших.
- Гризе нігті або смикає пальці, накручує волосся.
- На людях поводитья гірше, ніж удома – соціум розгальмовує дитину.
- Не може прогнозувати наслідки своїх дій, часто травмується або потрапляє в колотнечі.
- Натикається на стіни, предмети, інших людей, немов їй мало місця в довкіллі.
- Важко зайнятися чимось тривалим.
- Не розуміє багаторівневі завдання, наприклад, «прибрати в кімнаті» – потребує детальних інструкцій.
- Мовлення сумбурне, постійно говорить або співає.
- Важко дотримуватися сюжетної лінії під час розповіді.
- Скарги однолітків, інших батьків і педагогів на некерованість та погану поведінку.

- Довгі бесіди на моральні теми, критика або фізичний вплив не діють [1].

Педагогам, психологам та батькам важливо розуміти, що ознаки гіперактивності в малюків, дітей раннього та дошкільного віку – це прояви порушень нервової системи. Дитина не може діяти розумно та відповідально, навіть якщо хоче. Як глуха людина не здатна почути співрозмовника, так і гіперактивна дитина не може поводитися нормально.

Симптоми РДУГ: імпульсивність

Якщо в дитини спостерігаються ознаки підвищеної рухливості, важливо також відстежити прояви імпульсивності – ключовий симптом РДУГ.

Імпульсивність часто сприймається як агресія. Характерна поведінка для таких дітей: спочатку діяти, а потім оцінювати наслідки.

Дітям з РДУГ важко стримувати реакції на зауваження, навіть слушні. Їх образа, роздратованість чи незгода швидко переростають у гучні слова. Вони часто сперечаються з дорослими і яскраво реагують на незначні підвищення голосу або критичні зауваження. Ці діти надчутливі до несправедливості й завжди намагаються боротися за правду.

Планування й обдумування наслідків вчинків є для них складним завданням. Їхні реакції на зовнішні подразники часто є негайними і можуть охоплювати фізичні дії. Це робить їх частими учасниками бійок і конфліктів. Однолітки можуть провокувати їх, використовуючи їх імпульсивність.

Імпульсивність у випадку РДУГ не завжди пов'язана з агресією, але в конфліктних ситуаціях може призводити до агресивних дій. Поява агресивності – тривожний сигнал, який потребує уваги як батьків, так і педагогів.

Увага та симптоми розладу – неухважність

У кожен момент життя на дитину впливає безліч об'єктів, але не всі вони однаково нею сприймаються. Деякі предмети та явища, які безпосередньо

пов'язані з дитиною, усвідомлюються ясно й чітко, інші – відступають на задній план, а треті – взагалі не помічаються. Отже, усвідомлення довкілля (предметного, природного, соціального) має вибіркового характер. Це закономірне явище, оскільки дитина усвідомлює ті об'єкти, на які вона звертає увагу. Відображувальна діяльність мозку організована так, що вона спрямована на певні об'єкти, що підвищує ефективність сприймання.

Увага – це форма психічної діяльності, що виявляється у спрямованості та зосередженості свідомості на певних об'єктах, що мають постійне або ситуативне значення. Увага не є психічним процесом, а є психічним станом, що виявляється у зосередженості на чомусь. Цей стан характеризує умови перебігу будь-якого пізнавального процесу (пам'ять, мислення, мовлення).

Для виникнення уваги необхідно виокремити об'єкт із довкілля, зосередитися на ньому і відволіктися від сторонніх подразників. Увага не може бути безпредметною. Предметом уваги може бути зовнішній світ, на який спрямовано акт пізнання, а також психічна діяльність: думки, переживання, аналіз дій і вчинків.

Психологи визначають чотири типи уваги, які по-різному впливають на процес навчання та повсякденне функціонування загалом: тривала, вибіркова, переміна, розподілена.

Тривала увага – тип уваги, що допомагає сконцентруватися на певних діях на певні проміжки часу. Утримувати увагу впродовж певного проміжку часу необхідно для зосередженості та концентрації. Покращити тривалу увагу можна завдяки: сортуванню слів в за першим голосним звуком, виокремлення заданого звуку, добір слів на певний звук тощо.

Вибіркова увага – це тип уваги, що допомагає не відволікатись від основної дії, тобто наявність здатності вибирати з багатьох точок слухового, зорового, тактильного стимулів, щоб зосередитись і приділити увагу лише одному, – це здатність мозку обирати та реагувати лише на чинник, що мають найбільше значення. Дослідження показують, що увага дитини розсіюється під час

спілкування/навчання он-лайн з включеною камерою, адже дошкільник відволікається на власний зовнішній вигляд або інших дітей.

Покращити вибірккову увагу можна завдяки: усунення зайвих звуків у приміщенні; запропонувати інше місце тому, хто навчається біля вікна; розміщення перед стіною без речей, що відволікають, під час онлайн-занять.

Переміна увага – це тип уваги, що допомагає швидко перемикає фокус з одного виду діяльності на інший. Точки перемикає зосередженості необхідні для раптових перемикає при чергуванні уваги в завданнях, які вимагають різних когнітивних навичок. Покращити переміну увагу можна завдяки: спільні ігри з дорослим; приготування страв разом з дитиною; сортування іграшок/речей за кольором, формою або змістом.

Розподілена увага – це тип уваги, що допомагає концентруватися на декількох видах діяльності одночасно, отже, здатність дитини до виконання декількох дій одночасно – складна функція. Покращити тривалу увагу можна завдяки: під час читання охоплювати гучну музику або відволікати дитину іграшкою тощо.

Найважливіший тип для навчання – тривала увага, тоді як для ігрової діяльності (ігри з правилами) – перемінна.

Мимовільна увага (як вид уваги) виникає в перші тижні життя дитини як безумовно-рефлекторна реакція на подразники, пов'язані із задоволенням органічних потреб. Годування, смакові, світлові, звукові, дотикові та інші подразники починають привертати її увагу та викликати відповідні реакції. Наприклад, дитина позитивно реагує на голос матері, вигляд її обличчя, пляшечку з молоком тощо.

З часом мимовільна увага стає умовно-рефлекторною (ранній вік). Її розвиток продовжується разом з розвитком життєдіяльності дитини, виникненням нових потреб і навичок, таких як сидіння, ходіння, бігання та говоріння. Збагачення досвіду і розвиток нових інтересів створюють підґрунтя для

подальшого розвитку мимовільної уваги до різноманітних предметів і явищ довкілля.

Довільна увага починає формуватися в дошкільному віці. Це відбувається в процесі спілкування дитини з дорослими, виконання дордитина, участі в колективних іграх. Усвідомлення необхідності виконувати певні завдання та дотримуватися правил поведінки також сприяє формуванню довільної уваги. Спочатку вона є нестійкою і потребує підтримки з боку дорослих. Проте старші дошкільники вже вміють ставити перед собою завдання і спрямовувати увагу на їх виконання.

Розвиток розумової діяльності сприяє зародженню внутрішньої уваги, яка виявляється у пригадуванні минулих подій.

При РДУГ префронтальна кора правої півкулі мозку функціонує лише на 5-20% (залежно від ураження). Вона відповідає за концентрацію, увагу та емоційний контроль.

У голові переважної більшості дорослих із немедикаментозним РДУГ одночасно відбуваються чотири чи п'ять речей. Відмінною рисою нервової системи РДУГ є дефіцит уваги, як непостійність.

На думку W. Dodson, більшість людей з нервовою системою РДУГ можуть виконувати завдання, коли завдання є терміновим, тому прокрастинація є майже універсальним порушенням у людей з РДУГ [26]. Вони хочуть виконати роботу, але не можуть приступити до неї, поки завдання не стане цікавим, складним або терміновим.

Перше, що необхідно зробити лікарям, фахівцям із РДУГ, педагогам і батькам, – це припинити спроби перетворити дітей із РДУГ на нейротипових. Мета має полягати в тому, щоб втрутитися якомога раніше, перш ніж дитина з РДУГ буде розчарована і деморалізована боротьбою в нейротиповому світі. Діти з нервовою системою типу РДУГ, зазвичай, привітні, симпатичні, мають низький поріг зовнішнього сенсорного досвіду, тому що повсякденний досвід їх п'яти

почуттів і думок завжди на високому рівні. Нервова система РДУГ перевантажена власним життєвим досвідом, тому що його інтенсивність є дуже високою.

Нервова система РДУГ рідко перебуває у стані спокою. Увага ніколи не є «дефіцитом»: вона завжди надмірна, постійно зайнята внутрішніми мріями та заняттями. Значна кількість дітей із РДУГ не можуть ігнорувати сенсорну інформацію. Іноді це пов'язано лише з однією сенсорною сферою, наприклад, зі слухом. Це явище називається гіперакузією (посилення слуху), навіть якщо порушення відбувається з боку іншого з п'яти почуттів: найменший звук у кімнаті, будинку, на вулиці заважає заснути та позбавляє можливості ігнорувати його; будь-який рух, навіть найменший, відволікає; певні запахи, які інші ледь помічають, змушують дітей із РДУГ бігти з кімнати, де є такі подразники.

Дослідження показують, що приблизно 35% дітей із РДУГ мають труднощі з підтриманням зорового контакту і розумінням соціальних сигналів, що впливає на їх прагматичні мовні навички [38]. Ці проблеми посилюються дефіцитом уваги та труднощами в обробці соціальних сигналів, що ускладнює засвоєння мови та розвиток мовлення й можливості побудови розповіді. Емпіричні дослідження, такі як дослідження Е. Zambrano-Sánchez та ін. [64.] показують, що діти з РДУГ демонструють значно нижчі навички в прагматичних та синтаксичних мовних галузях, що наголошує на необхідності цілеспрямованих втручань, спрямованих на розв'язання цих конкретних проблем.

Світ дітей із РДУГ постійно руйнується подіями, про які нейротипова дитина, і навіть дорослий, не підозрює. Це порушення посилює сприйняття дитини з РДУГ як дивної, колючої та вимогливої, яка потребує особливого догляду.

Дитина з переважно неухважним типом (раніше відомий як РДУ) часто:

- неухважна до деталей: не приділяє пильної уваги деталям або робить помилки через необережність у діяльності чи під час інших занять (наприклад, упускає деталі, виконує завдання дорослого неточно);

- має труднощі під час виконання завдань або ігрової діяльності (наприклад, важко зберігає концентрацію під час групового заняття, розмов або тривалого читання дорослим казок або значної за обсягом книжки);
- здається, що не слухає, коли до неї звертаються безпосередньо (наприклад, думки здаються десь в іншому місці, навіть за відсутності очевидних чинників, що відволікають);
- не виконує інструкції та не може завершити завдання (наприклад, приступає до виконання, але швидко втрачає концентрацію та легко відволікається на сторонній шум чи діяльність інших дітей або дорослих);
- має проблеми з організацією: відчуває труднощі з організацією завдань та дій (наприклад, складно управляє послідовними завданнями, не підтримує порядок в іграшках і речах, робота безладна і неорганізована, погано орієнтується в часі, не дотримується домовленості у термінах виконання прохання дорослого чи завдання);
- уникає розумових зусиль: не любить або неохоче займається завданнями, які потребують постійних розумових зусиль (наприклад, складання конструктора, пазлів, гра в доміно);
- втрачає необхідні речі для виконання завдань або занять (наприклад, іграшки, олівці, фарби, альбоми, книги тощо);
- забуває виконувати повсякденні доручення (наприклад, завдання від дорослих – скласти іграшки після закінчення гри, полити квіти тощо).

Отже, дітям з РДУГ важко довго утримувати концентрацію уваги, але захоплива діяльність, як-от комп'ютерні ігри чи перегляд смішних відео, допомагає їм зосередитися на триваліший час.

Організація освітнього процесу з дітьми, які мають РДУГ

Для розвитку дитини з РДУГ важливими є дві складові – сенсорика та моторика. Психомоторний розвиток – це розвиток інтелектуальних та рухових навичок залежно від віку, вроджених та спадкових якостей людини. Завдяки цьому відбувається взаємодія із довкіллям. У медицині прийнято розглядати два аспекти розвитку дитини: моторні прояви (рефлекси, повзання тощо) та психічні феномени (реакція на близьких, стеження за предметами тощо). Такий підхід дозволяє виявляти етапність розвитку та визначати час появи тих чи інших рухових та психічних реакцій.

Але важливо розуміти, що рухова активність за рахунок інформації, що надходить від тіла в мозок, стимулює розвиток мережі нейронів, дає можливість взаємодіяти друг з одним. Отже, первинна моторна база є підґрунтям для формування психічних процесів.

Для виконання будь-якого свідомого руху необхідні три компоненти, без яких воно неможливе:

Сенсорна сфера – отримання інформації через органи почуттів.

Сфера переробки інформації (головний мозок) – формування моторного акту.

Моторне поле (м'язова, кісткова та суглобова системи) – сфера докладання зусиль (рис. 3 [8]).



Рис. 3. Піраміда всебічного розвитку дитини М. Вільямс та Ш. Шеленберґер (Williams and Shellenberger): взаємозв'язок ЦНС та сенсорних сигналів з руховою активністю та здатністю до навчання

Проаналізуємо піраміду більш детально та з'ясуємо, як вона може допомогти майбутнім фахівцям у роботі з дитиною, яка має РДУГ.

Існуючі дослідження показують, що у 30% дітей із РДУГ спостерігаються значні затримки в оволодінні читанням. Крім того, близько 40% цих дітей мають труднощі з фонологічною обробкою, що безпосередньо впливає на їх навички читання та письма [41].

Дослідження послідовно вказують на те, що значна частина дітей з діагнозом РДУГ відчуває затримки у розвитку мовлення, що впливає на ранній початок мовлення та академічну успішність у читанні та математиці.

Ці освітні проблеми посилюються низьким словниковим запасом, труднощами у вивченні нових слів, перевагою більш простих структур речень, пропуском компонентів речень, уникненням складних виразів і млявою швидкістю мовлення. Такі проблеми є постійними, відображаючи складні перешкоди, з якими стикаються ці діти, що посилюються основними симптомами

РДУГ, включаючи відволікання та дефіцит виконавчих функцій [35]. Поширене відволікання серед дітей із РДУГ значно ускладнює їх мовленнєвий розвиток, перешкоджаючи ефективному спостереженню і наслідуванню мовних категорій [53].

Фонетичні проблеми особливо виражені, оскільки діти стикаються з труднощами в артикуляції та точному визначенні фонем, що поширюється на проблеми з неправильною вимовою та ритмічною вимовою слів, а це передбачає ширший дефіцит слухової обробки та робочої пам'яті [53]. Незважаючи на деякий прогрес у розширенні словникового запасу, діти з РДУГ зазнають труднощів із застосуванням мови та розумінням у контексті, що вказує на постійний бар'єр для ефективного спілкування та навчання.

Академічне навчання – це лише частина всього процесу навчання, і воно знаходиться на вершині айсберга. Це добре показано в піраміді навчання, розробленої фахівцями з трудотерапії М. Вільямс та Ш. Шелленбергер [30]. Піраміда демонструє навички, що передують академічному навчанню, так звані будівельні блоки, які дитина має розвинути, щоб сформувати міцні, стабільні академічні навички.

У випадку, якщо один блок трохи хисткий, але інші блоки на місці й добре закріплені, навчання швидше за все буде проходити гладко і без подій. Якщо деякі блоки відсутні, інші нестабільні, процес навчання буде досить складним. Якщо багато блоків не закріплено або недостатньо розвинено, академічне навчання стає неможливим.

Академічне навчання є результатом навичок або цих «будівельних блоків», які діти розвивають з часом, щоб вони могли набувати нових знань. Щоб бігати, дитина має спочатку навчитися повзати, потім ходити тощо. Що дуже важливо мати на увазі, коли дорослий допомагає процесу зростання та дозрівання дитини, так це те, що деяким дітям потрібно більше часу, щоб закласти будівельні блоки, і це нормально. Має сенс витратити час на вирощування фундаменту айсберга, бо тільки тоді можна виростити його верхівку, яка є академічними знаннями.

Перший базовий блок зазвичай завершує розвиток до двох років. Він охоплює нюх, зір, слух, смак, дотик, рух та усвідомлення тіла. Це стадія, коли діти природним чином виявляють цікавість до довкілля та активно його досліджують. Коли діти активно використовують свої почуття для навчання та взаємодії, вони створюють і зміцнюють неврологічні шляхи для наступної стадії. Діти з РДУГ можуть демонструвати проблеми з мовленням, поведінкою та інші проблеми, якщо цю стадію повністю завершено. Саме тому їм може знадобитися ерготерапія чи сенсорна інтеграційна терапія.

Другим основним блоком є сенсомоторний розвиток. Ця стадія відбувається майже одночасно з першою й охоплює поєднання фізичного і когнітивного розвитку, такого як повзання, хапання, витягування. Прикладами сенсомоторного розвитку є тілесне та просторове усвідомлення, зрілість рефлексів, здатність екранувати вхідні дані, рівновагу, усвідомлення двох сторін тіла та моторне планування. Коли дітям потрібна допомога в її розвитку, деякі приклади занять можуть охоплювати масаж, їзду на велосипеді, вправи з перетину середньої лінії або інші заняття, що допомагають з двосторонньою інтеграцією.

Третій базовий блок – перцептивно-моторний розвиток. Це зв'язок сенсорних навичок (мозку) зі своїми руховими навичками (фізичними). Такі навички охоплюють мовлення, увагу, візуально-просторові відношення, координацію очей і рук, контроль рухів очей, коригування постави. Заняття з заохочення та розвитку перцептивно-моторного розвитку можуть охоплювати співи, танці, вирізання, складання пазлів, римування віршів та гру в м'яч.

Четвертий та останній основний блок, що передує академічному навчанню, – це повсякденні життєві навички та поведінка. Виконавчі функції, емоційний інтелект та соціальні навички потрапляють до цієї категорії. Ці навички розвиваються довше та часто вивчаються одночасно з академічним навчанням. Виконавчі функції охоплюють планування, організацію та розміщення пріоритетів у завданнях.

Емоційний інтелект – це здатність розпізнавати щоденні емоції, обробляти їх та відновлюватись після неприємних епізодів. Він також охоплює впевненість у собі і самоконтроль. Соціальні навички – це здатність успішно взаємодіяти з іншими, керувати та контролювати власну поведінку при взаємодії з іншими.

Пізнання та інтелект, або академічні навички, охоплюють також навички грамотності, рахунку та критичного мислення. Вони знаходяться на вершині піраміди або на верхівці айсберга. Це остання, вища навичка, яка, безсумнівно, збереться разом, за умови, що решта піраміди буде стабільною.

Зазначимо, що в 2020 році вийшла оновлена версія відомої піраміди навчання Мері Сью Вільямс та Шеррі Шеленбергер. У новій версії додано блоки, що показують значущість примітивних та постуральних рефлексів у розвитку дитини, а також трансформовано та по-іншому упорядковано наповнення «поверхів/щаблів» піраміди версій попередніх років.

Постуральні рефлекси (з франц. posture; від лат. positura – положення) – це рефлекси, що забезпечують збереження певного стану всього організму або тієї чи іншої його частини (термін запропоновано С. Шеррінгтоном (C. Sherrington)).

В оновленому варіанті піраміди є такі зміни:

1. Після рівня «Центральна нервова система» додано рівень «Зрілість примітивних рефлексів», наступний щабель – сенсомоторний розвиток.
2. Додано блок «Постуральні рефлекси» на щаблі перцептивно-моторної інтеграції.
3. Комбінування блоків та його наповнення загалом має також певні зміни.

Навіть зі змінами піраміда навчання наочно показує значення поступового розвитку дитини, без пропущених, не опрацьованих нижніх блоків піраміди не може бути успішного академічного навчання.

Як організувати діяльність під час підготовки до школи для дитини з РДУГ?

РДУГ має комплексний характер порушень – діти з цим розладом дискоординовані у всьому: у поведінці, емоціях, русі. Слід адекватно задіяти психічні процеси, підвищити стійкість до стресових ситуацій, стабілізувати настрій, отже, сформувати фізіологічну та збалансовану рухову активність суглобів, створити міцний м'язовий корсет; забезпечити соціальну взаємодію.

Логічно буде вибудовувати стратегічний план занять. Почати з аеробних навантажень легкої та середньої інтенсивності – біг підтюпцем, їзда на велосипеді, плавання. Аеробний тренінг забезпечує постійний приплив кисню – підвищується рівень уваги та його стійкість, знижується імпульсивність, оптимізується швидкість розумових процесів.

Далі перейти до занять східними єдиноборствами індивідуально з тренером – айкідо, тхеквондо, ушу – фізіологічно та анатомічно вивіченим навантаженням.

Тільки після того, як успіх минулих етапів буде зафіксовано, можна переходити до адаптації в середовищі однолітків.

Не варто забувати і про лікувальний масаж – він є гарним доповненням до комплексної реабілітації та забезпечує баланс процесів гальмування та збудження в нервовій системі, а також покращує еластичність м'язів.

Ароматерапія набула популярності як природний підхід до підтримки різних проблем зі здоров'ям, включаючи занепокоєння, стрес та проблеми з увагою. Хоча ефірні олії можуть мати терапевтичний ефект, їх слід використовувати з обережністю, особливо у дітей з діагнозом РДУГ. Діти з РДУГ можуть мати унікальну чутливість до певних ефірних олій, і не всі олії підходять для їх використання.

Ароматерапія працює, стимулюючи мозок через нюхову систему, викликаючи емоційні та поведінкові реакції. У той час як багато ефірних олій можуть допомогти зменшити занепокоєння і сприяти зосередженню, інші можуть

посилити симптоми РДУГ або перешкодити дії ліків, які зазвичай призначаються при цьому розладі, таких як стимулятори [21; 62].



Рис. 4. Перелік ефірних олій, яких слід уникати дітям із РДУГ, та їх замітники

Здійснений нами аналіз переліку ефірних олій, яких слід уникати дітям із РДУГ, має такий вигляд (унаочнено на рис.4):

- базилік (*Ocimum basilicum*)

Чому слід уникати: базилік містить естрагол та метилхавікол, які можуть сприяти перезбудженню та гіперактивності. Що використовувати замість цього: ветивер (*Vetiveria zizanioides*) відомий своєю заспокійливою і заземлюючою дією, що робить його відмінним варіантом для дітей з РДУГ, яким потрібна допомога в управлінні імпульсивністю та підтримці концентрації уваги.

- гвоздика (*Syzygium Aromaticum*)

Чому слід уникати: Евгенол, що міститься в гвоздиковому маслі, є потужним стимулятором, який може погіршити симптоми РДУГ, посилюючи гіперактивність та імпульсивну поведінку. Чим замінити: солодкий апельсин (*Citrus sinensis*) має м'яку тонізуючу дію, не викликаючи надмірної стимуляції нервової системи, що робить його найкращим варіантом для покращення настрою та досягнення спокою.

- евкаліпт (*Eucalyptus globulus*)

Чому слід уникати: евкаліпт містить евкаліптол, який може надмірно стимулювати мозок та потенційно посилювати симптоми РДУГ у дітей. Чим замінити: римська ромашка (*Chamaemelum nobile*) – безпечна та заспокійлива альтернатива, яка сприяє розслабленню та допоможе дітям заспокоїтися перед сном.

- м'ята перцева (*Mentha piperita*)

Чому слід уникати: м'ята перцева містить ментол, який може діяти як стимулятор на центральну нервову систему, що може призвести до занепокоєння чи дратівливості у дітей із РДУГ. Що використовувати замість цього: лаванда (*Lavandula angustifolia*) має заспокійливу дію без надмірної стимуляції, що робить її кращою альтернативою для підтримки концентрації та розслаблення.

- розмарин (*Rosmarinus officinalis*)

Чому слід уникати: розмарин містить велику кількість 1,8-цинеолу, який може посилювати розумову стимуляцію і потенційно робити гіперактивність більш вираженою у дітей із РДУГ (Боулз, 2003). Що використовувати замість цього: ладан (*Boswellia carterii*) має заземлюючі та заспокійливі властивості, які допомагають збалансувати емоції та знизити тривожність без надмірної стимуляції.

- тимьян (*Thymus vulgaris*)

Чому слід уникати: тимьян містить тимол - з'єднання, яке може надмірно стимулювати нервову систему, що призводить до підвищеної імпульсивності та

тривожності у дітей із РДУГ. Що використовувати замість: кедр (*Cedrus atlantica*) має більш врівноважуючий та заспокійливий ефект, що робить його безпечнішим вибором для дітей з РДУГ. Він може допомогти заспокоїти занепокоєння та сприяти спокійному сну [24; 31; 34; 49; 51].

Для дітей із РДУГ сеанси ароматерапії мають обмежитися 15–30 хвилинами, щоб уникнути надмірної стимуляції.

Крім ароматерапії, дієта відіграє важливу роль в управлінні симптомами РДУГ. Ось список продуктів, які допоможуть зосередитися та заспокоїтися дітям із РДУГ: продукти, багаті на омега-3: жирна риба, така як лосось, насіння chia, лляне насіння і волоські горіхи; білки: нежирне м'ясо, яйця, квасоля, сочевиця та грецький йогурт стабілізують рівень цукру в крові та підтримують концентрацію уваги; складні вуглеводи: цільне зерно, солодка картопля та коричневий рис забезпечують постійний приплив енергії без сплесків гіперактивності; листові зелені і овочі: шпинат, капуста і броколі багаті на поживні речовини і підтримують загальне здоров'я мозку.

Продукти, яких слід уникати: штучні харчові барвники та добавки: оброблені закуски та газовані напої, що містять штучні барвники, такі як Red No. 40 та консерванти, такі як бензоат натрію; продукти з високим вмістом цукру: солодкі пластівці, цукерки та газування можуть призвести до різких стрибків і падіння рівня цукру в крові, що погіршує симптоми РДУГ; кофеїн: енергетичні напої, газовані напої і навіть шоколад можуть сприяти перезбудженню у дітей із РДУГ [24; 31; 34; 49; 51].

Отже, РДУГ у дітей вимагає цілісного підходу, який охоплює дієти, фізичну активність та терапевтичні втручання, ароматерапію тощо. Однак не всі ефірні олії підходять для дітей із РДУГ. Слід уникати використання стимулюючих олій, таких як м'ята перцева, евкаліпт, розмарин, базилік, чебрець і гвоздика, які можуть посилити гіперактивність та імпульсивність, натомість зосередитися на використанні заспокійливих масел, таких як лаванда, римська ромашка, ладан, кедр та солодкий апельсин.

Освітній процес для дітей з РДУГ варто будувати з використанням ігрових прийомів, створення освітніх ситуацій, щоб уникати монотонного слухання та тривалого виконання завдань. Слід залучати таких дітей до діалогу, давати дітям можливість відповідати, висловлювати свою думку та реагувати на запитання. Зміна способу взаємодії, врахування сильних сторін та розуміння особливостей психічних процесів допомагають дітям краще засвоювати матеріал. Акцент на емоційному забарвленні матеріалу також сприяє зосередженості.

Застосування такого підходу збільшує час концентрації та стійкості уваги під час освітнього процесу. Діти можуть бути ефективними та залишатися залученими в роботу на рівні з іншими. Це допомагає попереджувати прояви небажаної поведінки і запобігає формуванню у дитини відчуття, що вона відрізняється від інших.

Привернення уваги – поплескування по плечу, лагідне слово або умовний значок. Такий ритуал допомагає дитині включитися у потрібну діяльність.

Чіткий алгоритм діяльності – діти з РДУГ терпіти не можуть несподівані ситуації, навіть радісні. Дитині варто заздалегідь знати, що саме вона має робити.

Фіксація уваги на послідовності дій впливає з попереднього пункту. Крім загального плану, дитина має знати, в якому порядку їй потрібно виконувати дії.

Залучення зовнішнього контролю – особливо добре допомагає промовляння дій про себе – так зазвичай роблять дуже малі діти. Воно сприяє тому, щоб дитина не втратила уваги у процесі.

Фіксація на результаті – дотримання правильності виконання інструкції та періодичне нагадування про початкову мету також допомагають зберегти увагу на процесі.

Вміння попросити допомогу – дитина має знати, що вона може про неї просити і не боятися це робити. Через неуспішність, яка йде пліч-о-пліч з РДУГ, такі діти можуть вважати себе невдахами, які не в змозі нормально зробити те, що роблять їхні однолітки.

Майже всі діти йдуть до школи і важливо, щоб вони були до неї готові.

Які вправи та ігри допомагають дітям із РДУГ розвивати важливі компоненти довільного регулювання діяльності?

Особливу складність для таких дітей становлять завдання, що не мають однозначного способу розв'язання та потребують створення стратегії власної діяльності. Побудова плану дій, розуміння причинно-наслідкових зв'язків, стратегічне мислення, самоконтроль і самоперевірка – це можна розвивати з допомогою ігор та вправ, що захоплюють дитину, активна участь дорослого не тільки зробить процес гри цікавішим та веселішим, а й підвищить мотивацію дитини, отже, ефективність результату. Це можуть бути будь-які ігри, що потребують стратегічного мислення: шахи, нарди, шашки, хрестики-нолики, лабіринти тощо.

Крім того, що вони містять систему правил, які дитині необхідно засвоїти, вони розвивають можливості продумувати свої дії на кілька ходів уперед, передбачати наміри супротивника й діяти з урахуванням його поведінки.

Прикладом є вправи «Розумний робот». Ці вправи підходять дітям віком від 5 років. Дітям із дефіцитом уваги та труднощами довільного регулювання діяльності корисно чогось вчити дорослих, пояснювати, як саме щось треба робити. Важливо, щоб дитина якомога більше говорила й якнайменше показувала. Дорослий просить дитину, щоб вона навчила чогось, що вона добре вміє, але тільки за допомогою слів.

Для розвитку можливостей створення плану дій використовують «ігри для нишпорок». Наведемо приклади.

Дорослий дає дитині чистий аркуш паперу, собі бере інший. На своєму аркуші так, щоб дорослий не бачив, дитина має зобразити щось, що складається з простих геометричних фігур (кіл, трикутників, квадратів). Попередити дитину, що потім їй треба буде описати свою картину так, щоб дорослий зміг її точно повторити на своєму аркуші паперу.

Запропонувати дитині зав'язати дорослому очі, а потім за допомогою словесних інструкцій допомогти дістатися якого-небудь місця або предмета, не зачепивши нічого на шляху.

«Лондонська вежа». Знадобляться два набори із трьох великих кубиків леґо, у кожному наборі буде один жовтий, один червоний та один зелений кубик. Також потрібно зробити два поля: одне для дитини, а інше для зразка. Кожне поле представляє три клітини такого розміру, що йдуть поспіль, щоб на кожній вільно поміщався кубик леґо. На лівій клітці поля дитини встановлюється вежа з трьох кубиків у певній послідовності. На полі для зразка встановлюється комбінація з таких самих кубиків, в яку дитині потрібно перетворити свою комбінацію, використовуючи певний набір правил, та за мінімальну кількість ходів. Дорослий може сказати дитині, скільки ходів потрібно вирішити завдання. Правила гри такі: за один хід можна брати лише один кубик; кубик можна брати тільки зверху і не можна виймати з-під інших кубиків; знятий кубик не можна ставити на одну клітку поряд з іншим кубиком, що вже стоїть; знятий кубик не можна підсовувати під кубик, що вже стоїть, або вставляти між двома кубиками. Його можна ставити на порожню клітку або зверху на кубик, що вже стоїть.

Успішного результату буде досягнуто в тому випадку, якщо дитина вирішує завдання за потрібну кількість ходів, не роблячи помилкових спроб.

У дітей з РДУГ виникають труднощі з концентрацією уваги при виконанні різних дій, у тому числі за участю у заходах, які приурочені до будь-якої події.

Концентрація створює розуміння та враження, щоб отримані знання не забувалися швидко, привертає увагу до об'єкта, що вивчається, і залежить від здатності мозку кожної дитини зосереджуватися на тому, що вона вивчає. Ця концентрація уваги спрямована на покращення здатності розуміти отриману інформацію. Порушена концентрація уваги є однією з характеристик дітей із РДУГ, викликаючи різні проблеми у навчальній діяльності.

Тому необхідно мати спеціальну програму навчання, яка б оптимально подолати проблеми концентрації у дитини, наприклад, граючи на музичних

інструментах. Гра на музичних інструментах – це діяльність, якою дошкільник може займатися для самовираження.

Гра на музичних інструментах опосередковано є розвагою для дітей із РДУГ; музика може впливати на аспекти людської діяльності, емоції, звички та на когнітивні здібності. Уже є спроби покращити концентрацію дітей із РДУГ за допомогою музичного інструменту калімба.

Переваги занять із кінезіологічними м'ячиками-мішечками:

Виконання серії рухів та утримання ритму розвивають увагу, зосередженість, посидючість.

Розвиток крупної моторики підвищує рухову активність, розвиває координацію, зміцнює опорно-руховий апарат.

Тренування правильних захоплень м'ячика розвиває дрібну моторику та рухливість кисті, вирівнює тонус м'язів у руці. Дитині згодом буде легше писати гарним, акуратним почерком.

Відстеження м'яча очима тренує зір та зорову увагу. Поліпшується навичка читання, дитині простіше утримувати рядок на сторінці зошита.

Вестибулярна стимуляція (постійні рухи голови слідом за м'ячем/мішечком, активізація координації очей та рук).

Фізичні вправи: регулярна фізична активність, така як біг, плавання або їзда на велосипеді, необхідна для спалювання надмірної енергії та покращення концентрації уваги.

Йога та усвідомленість: вправи йоги та усвідомленості допомагають покращити концентрацію та знизити стрес. Прості пози та дихальні вправи можуть допомогти дітям заземлитися та заспокоїти свій розум.

Отже, ігри посідають особливе місце у житті дитини. Вони не тільки розважають і допомагають проводити вільний час, а й виконують важливу роль у психічному та фізичному розвитку дитини з РДУГ.

Передусім завданням гри для дитини з РДУГ є:

- навчання та розвиток: освоєння та привласнення нових навичок, розвиток вищих психічних функцій;
- пізнання світу: вивчення довкілля як предметного, так природного та соціального, різноманітності явищ та предметів;
- спосіб спілкування;
- розвиток соціальних навичок: ігри вчать дітей дотримуватися правил, спілкуватися з однолітками та дорослими, освоювати моральні норми;
- опрацювання почуттів та навчання управління емоціями: ігри допомагають справлятися зі складними переживаннями та вчитися контролювати свої емоції.

Діагностика РДУГ

Правильна діагностика РДУГ є підґрунтям до ефективної допомоги дитині. Важливо встановити точний діагноз, виявити супутні захворювання (які можуть досягати 80% коморбідності), та визначити соціальні труднощі в житті дитини. Лише за умов повної картини можна розробити ефективні шляхи допомоги.

Запідозрити РДУГ можуть педіатр, сімейний лікар, невролог або фахівці з психічного здоров'я, а також обізнані батьки, які або самі мають такий діагноз, або мали інформацію про РДУГ із відкритих джерел.

В Україні діагноз РДУГ у дітей має право встановлювати дитячий психіатр.

Американська педіатрична асоціація рекомендує діагностичні методики з 4 років. Найчастіше РДУГ діагностується після початку освітнього процесу у школі, коли дитині потрібно проявити самоконтроль, і стають очевидними труднощі, спричинені розладом.

Критерії та методи діагностики РДУГ

Діагностика РДУГ складна, оскільки немає одного тесту чи аналізу, який би підтвердив діагноз. Вона базується на клінічних критеріях, що охоплюють докладний аналіз поведінкових ознак та симптомів. Це може охоплювати спостереження за поведінкою дитини в школі та вдома, а також збір анамнезу від

батьків, вчителів та інших ключових осіб. Основні критерії діагностики базуються на стандартах DSM-5 та МКХ-10, що охоплюють перелік конкретних симптомів та поведінкових характеристик. Важливо не лише підтвердити діагноз, але й детально зрозуміти кожну індивідуальну ситуацію для успішної терапевтичної програми.

До критеріїв діагностики РДУГ науковці відносять симптоми, що мають:

- бути присутніми у кількох сферах (наприклад, у дитячому садочку та вдома);
- тривати не менше шести місяців;
- проявитись до 12 років;
- викликати порушення функції в навчальній, соціальній або професійній (для дорослих) діяльності;
- бути надмірними для відповідного віку дитини;
- не бути спричиненими іншими психічними розладами.

Далі на рис.5 визначено підтипи РДУГ за класифікацією DSM-5.

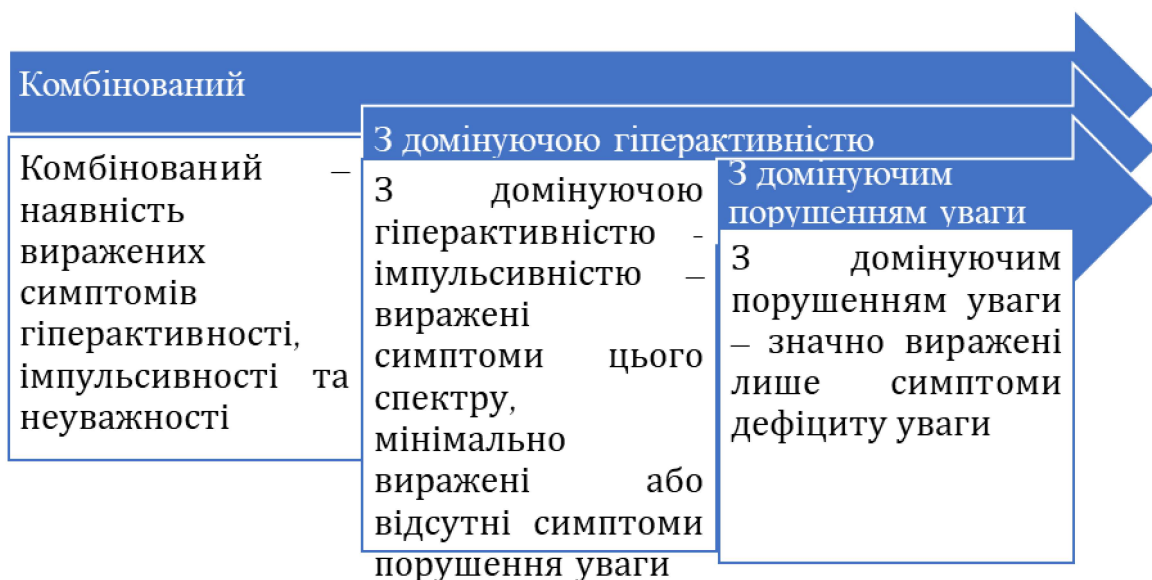


Рис. 5. Підтипи РДУГ за класифікацією DSM-5

Для кількісної оцінки симптомів та їх важкості, а також для моніторингу реакції на лікування та корекцію, використовуються опитувальники та шкали. Вони прості у використанні, їх можуть заповнювати батьки чи педагоги.

Комплексний підхід до діагностики РДУГ дозволяє створити найбільш ефективний план допомоги, що враховує всі індивідуальні особливості дитини.

Коморбідність та РДУГ у дітей

Відомий американський лікар-епідеміолог Alvan R. Feinstein (1925–2001) увів у науковий обіг термін «коморбідність» (лат. со – разом, morbus – хвороба). У цей термін він вніс наявність додаткової клінічної картини, що вже існує, або може проявитися самостійно, незалежно від основного захворювання, та завжди відрізняється від останнього. Коморбідність – сполучення в одного пацієнта двох і/чи більше хронічних захворювань, що патогенетично пов'язані між собою, чи зіставні за часом в одного пацієнта, поза залежністю від активності кожного з них [43].

Отже, коморбідність – це не просто поєднання декількох хвороб, це наявність нових механізмів розвитку хвороб, додаткової клінічної картини, ускладнень та перебігу, не властивих основній хворобі, а також суттєвий вплив на якість і тривалість життя [4].

РДУГ характеризується коморбідністю та збігом з іншими нейророзвивальними та психічними розладами дитячого та підліткового віку. Це один із різновидів порушень нейророзвитку і може супроводжувати інші розлади, такі як дислексія, дисграфія, дискалькулія (специфічні порушення читання, письма та рахунку). Симптоми захворювання зазвичай проявляються у віці близько 4 років. Дослідження показують, що приблизно 50% дітей із РДУГ та дислексією стикаються з посиленими труднощами читання та письма [54]. Цей показник вищий для дітей із комбінованим типом РДУГ. Ця складність потребує комплексних діагностичних та терапевтичних підходів для задоволення різноманітних потреб цих дітей.

Диференціальна діагностика допоможе з'ясувати, чи дійсно у дитини функціональні зміни роботи мозку або РДВГ, у цьому випадку – прояв більш серйозного захворювання.

І для цього потрібно ретельно зібрати анамнез, тривалий час спостерігати за дитиною, а за потреби провести й додаткові обстеження: ЕЕГ головного мозку, дослідження судин головного мозку та шиї та інші.

Від яких серйозних порушень слід диференціювати РДУГ?

- Психічні розлади.
- Наслідки черепно-мозкових травм, нейроінфекції, інтоксикації.
- Астенічний синдром при соматичних захворюваннях.
- Ендокринні захворювання (гіпертоксикоз).
- Дисграфія, дислексія, дискалькулія.
- Порушення слуху (сенсоневральна приглухуватість).
- Епілепсія (енцефалопатії).
- Спадкові синдроми (Туретта, Вільямса).

Синдром Туретта характеризується неконтрольованими руховими, вокальними тиками та порушеннями поведінки. Це можуть бути недоречні мимовільні вигуки, ехолалії та ехопраксії, гіперкінези, які дітям не вдається придушити зусиллям волі.

Синдром Вільямса – це рідкісне генетичне захворювання, при якому розвиваються вади серця, проблеми з ендокринною системою, затримка психічного та фізіологічного розвитку, порушення сну. Зовні фахівця мають насторожити прояви РДУГ та «обличчя ельфа».

Головне завдання педагога, у якого прояви РДУГ викликають сумніви, переконати батьків пройти комплексне обстеження у кількох фахівців: невролога, психіатра, ендокринолога, нейропсихолога, психолога. Рання діагностика та реабілітація зменшать частоту розвитку стійких неврологічних порушень.

РДУГ та біполярний афективний розлад часто лікарями некоректно діагностуються, отже, відбувається плутанина між ними, тому що значна кількість симптомів збігаються, ще й упевнено співіснують одне з одним (у 20% людей з РДУГ є біполярний розлад; майже 60% пацієнтів з дитячим РДУГ мають афективні

розлади, тоді як майже 10% пацієнтів з біполярним розладом мають супутній РДУГ).

У США у Діагностичній та статистичній настанові з психічних розладів (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM) 4-го та 5-го видання для цього розладу запропоновано дефініцію «біполярний афективний розлад» (БАР) та закріплено в Міжнародній класифікації хвороб (МКХ) -10 та -11 Всесвітньої організації охорони здоров'я. Під біполярним афективним розладом розуміються комплексний афективний психічний розлад, який охоплює повторні маніакальні (гіпоманіакальні), депресивні, змішані афективні епізоди, резидуальні афективні симптоми при інтермісії, симптоми рецидивів (релапсів) триваючих афективних епізодів, неафективні коморбідні розлади психіки та поведінки [7].

Перепади настрою найчастіше пов'язано з біполярним афективним розладом – станом, що характеризується різким переходом від ейфоричної манії до тяжкої депресії. Перепади настрою у дітей із РДУГ: вони дуже пристрасні та мають сильні емоційні реакції, які можуть різко змінити їхній настрій. З іншого боку, люди з біполярним розладом зазвичай змінюють настрій без «спускового гачка» і повільніше переходять від депресії до манії або навпаки.

Майже у 40% дітей із РДУГ також розвивається опозиційно-демонстраційний розлад (ОДР). Але не завжди опозиційна поведінка вказує на розлад, і дитина, поведінку якої називають «викличною», може бути зовсім не такою. Деякі діти вдаються до зухвалої поведінки, щоб приховати тривогу, а інші, які здаються «викличними», є імпульсивними. У дітей з діагнозом РДУГ, опозиційно-демонстративний розлад або розлад поведінки (РП) наявні у 25-50% випадків; 25% мають одночасно тривожні розлади; 20% мають розлад настрою; і 10% мають специфічні порушення розвитку, включаючи специфічні труднощі в навчанні, труднощі, пов'язані з навчанням мови та розвитком мовлення, труднощі моторної координації.

За оцінками експертів, діти з РДУГ відстають у розвитку від своїх однолітків орієнтовно 30% – це означає, що 10-річна дитина може поводитися швидше так,

ніби їй 7 років. Але затримки у розвитку та незрілість не завжди пов'язано з РДУГ – вони можуть вказувати на аутизм, тривожні розлади чи навіть проблеми із сенсорною обробкою.

Дослідження показують, що від 30 до 50% людей з аутизмом виявляють симптоми РДУГ; приблизно 2/3 людей із РДУГ демонструють ознаки аутизму [37].

Існують певні докази того, що раннє лікування РДУГ може захистити від розвитку депресії, біполярного розладу та зловживання психоактивними речовинами в майбутньому. За результатами дослідження M. Katzman, T. Bilkey, R. Chokka та ін., особи, які мають РДУГ й отримували лікування стимуляторами в дитинстві, мали нижчі показники депресії та біполярного розладу в подальшому житті порівняно з особами, які не отримували лікування [42]. За С. Schiweck та його колегами, особи, які мають РДУГ+БАР, мають важчі симптоми РДУГ та більш ранній початок симптомів БАР [59]. У людей з обома розладами частіше трапляються епізоди манії та депресії, а також більше випадків додаткових коморбідних психіатричних станів, включаючи тривожні розлади та розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин [59].

На рис. 6 визначено спільне та відмінне у діагностуванні БАР та РДУГ.



Рис. 6. Спільне та відмінне у діагностуванні БАР та РДУГ

До 50% дітей із РДУГ можуть одночасно мати РАС (розлади аутистичного спектру).

На перший погляд, здається, що відрізнити РДУГ від РАС простіше, адже це абсолютно різні портрети дітей. Є відчуття, що в одних «кнопку активності» завжди ввімкнено, а в інших вона завжди вимкнена.

Насправді ці діагнози можуть виявлятися подібними симптомами, що утрудняє діагностику, особливо у ранньому віці. І часто вони можуть іти разом.

Є багато досліджень (Antshel Kevin [20]), які доводять схожість та відмінності цих станів. Науковці виокремлюють основні пункти.

Подібність:

- Гіперактивність та імпульсивність. Діти з РАС можуть поводитися дуже активно, часто відмовлятися від виконання завдань, можуть бути імпульсивними у соціальних ситуаціях – майже як за РДУГ.
- Соціальні труднощі. І при РДУГ, і за РАС виникають складнощі з налагодженням контактів і взаємодією з однолітками.
- Складнощі з концентрацією. Діти з обома станами можуть мати труднощі з фокусуванням на завданнях, особливо якщо вони вимагають багато зусиль або нецікаві.
- Порушення у соціальному сприйнятті та обробці емоцій, особливо у дітей із РАС, також присутні у дітей із РДУГ, хоча й менш виражені.

Відмінності та причини поведінки

Якщо імпульсивність при РДУГ найчастіше пов'язано з дефіцитом самоконтролю, то за РАС вона може бути відповіддю на сенсорні подразники або зміни у довкіллі (предметному, природному чи соціальному).

Рівень інтересу до людей. Діти із РДУГ зазвичай виявляють інтерес до інших, але часто не утримують увагу. Через це виникають труднощі у налагодженні

соціальних контактів. А при РАС інтерес найчастіше обмежено певними людьми чи темами.

Сенсорні особливості. При РАС діти часто гіперчутливі до звуків, світла та дотиків – це може посилювати імпульсивні реакції, що не характерно для РДУГ.

Важливо, що дослідження науковців підтримують гіпотезу у тому, що з у РАС і РДУГ можливо є загальна генетична основа. Обидва розлади мають високий рівень спадковості, і сім'я може бути схильною до наявності обох станів.

Очевидно, що діагноз впливає підхід до корекції. Помилки в діагностиці можуть призвести до неправильних методів роботи та ускладнити навчання та соціалізацію дитини.

За даними статистики тривожні розлади у пацієнтів із РДУГ трапляються майже у 45% випадків.

Діти з РДУГ та тривожними розладами можуть відчувати:

- підвищену неспокійність та почуття невпевненості у незнайомих ситуаціях;
- труднощі із засинанням, нічні страхи та часті пробудження;
- схильність уникати ситуацій, які викликають тривогу (наприклад, зустрічі з новими людьми, складні завдання у школі).

Тривога може посилювати симптоми РДУГ, роблячи дитину більш замкненою та ускладнюючи процеси навчання та спілкування. Діти часто скаржаться на страхи, зазнають труднощів у спілкуванні. Виразність тривожності може бути від легкого занепокоєння до фобії з поведінкою. Обов'язковими є вегетативні прояви тривоги, які у дітей мають перманентний характер, а панічні атаки зустрічаються вкрай рідко.

Також характерні часті головні болі та підвищена стомлюваність.

Основними методами дослідження, які допомагають визначити тривожність у дітей дошкільного віку є: клініко-анамнестичний, що охоплює синдромологічну оцінку стану, експериментально-психологічний та статистичний.

Клініко-анамнестичне обстеження передбачає аналіз амбулаторної карти дитини та клінічну оцінку наявних проявів РДУГ та емоційних розладів відповідно до діагностичних критеріїв (МКХ-10).

Експериментально-психологічне обстеження ґрунтується на тестах на тривожність Р. Темпла, М. Дорки, В. Амена, тесті «Страхи з будиночками», опитувальнику на визначення рівня тривожності у дітей для педагога і батька Г. Лаврентьєвої та Т. Титаренко.

Дитячий тест тривожності призначений для діагностики емоційних реакцій дитини на деякі звичні для неї життєві ситуації.

Мета тесту «*Страхи в будиночках*» – виявлення та уточнення переважних видів страхів (страх темряви, самотності, смерті, медичні страхи тощо) у дітей старше 3 років. Дитині пропонується намалювати два будиночка – червоний і чорний (можливий варіант пред'явлення дитині аркуша з уже намальованими будиночками). У ці будиночки дітям пропонується розселити страхи: у червоний будиночок – «нестрашні», у чорний – «страшні» страхи. Аналіз отриманих результатів полягає у тому, що експериментатор підраховує страхи у чорному будиночку і порівнює їх із віковими нормами. Сукупні відповіді дитини об'єднуються в кілька груп за видами страхів. Якщо дитина у 3 випадках із 4–5 дає стверджувальну відповідь, то цей вид страху діагностується як наявний. Вікова норма передбачає наявність 6–15 страхів із 31 страху, зазначеного авторами тесту.

Опитувальник визначення рівня тривожності у дітей Г. Лаврентьєвої та Т. Титаренко служить для визначення рівня тривожності на основі оцінки її дослідником, батьком або педагогом. Підсумовування плюсів дозволяє одержати загальний показник тривожності.

За даними досліджень, від 35% до 90% дітей з тиками також мають симптоми РДУГ. Обидва стани частіше зачіпають хлопчиків (майже в 4, 5 рази), і вони мають багато спільного в етіопатогенезі. Із поміж дітей з РДУГ на тлі тиків

найчастіше зустрічається неврозоподібна форма тиків, на відміну від дітей із ізольованими тиками, де переважає психогенна форма.

У дослідженнях виявлено, що серед дітей із РДУГ:

- тики зустрічаються майже 40% випадків;
- 12% мають минуці тики;
- 23% – хронічні;
- майже 2% – синдром Туретта.

Зазвичай тики приєднуються до РДУГ через 2-3 роки після появи перших симптомів гіперактивності та дефіциту уваги. Вони частіше зустрічаються у дітей з переважанням гіперактивності, ніж у тих, хто має домінування неувважності. В останніх тики виявляються лише в поодиноких випадках.

РДУГ та епілепсія – це подвійний виклик, що вимагає подвійної уваги.

Дитині, яка має РДУГ, дуже складно, бо її світ схожий на калейдоскоп: неможливість зупинити свою увагу на чомусь одному і зосередитися, імпульсивність і гіперактивність накладаються на несподівані напади епілепсії та лякають. Коморбідність РДУГ та епілепсії – це не рідкість, отже, важливо розуміти особливості цих станів.

За даними досліджень, від 20 до 50% дітей з епілепсією також мають симптоми РДУГ – це в кілька разів вище, ніж у загальній популяції, де поширеність РДУГ становить 7-9% та соціальні контакти.

Епілепсія та РДУГ мають загальний неврологічну ґрунт: при обох станах спостерігається порушення у функціонуванні лобових часток.

Одним із завдань фахівців при діагностиці є точне визначення, що саме є проявом РДУГ, а що пов'язано з епілепсією.

Наприклад, епілептиформна активність може «імітувати» симптоми гіперактивності та порушеної уваги, що може збивати з пантелику багатьох фахівців та лікарів.

Лікування дітей із РДУГ та епілепсією потребує особливого підходу, щоб препарати для одного стану не погіршували інший. Адже один неправильний крок – і замість покращення можна випадково посилити прояви обох порушень.

У деяких дослідженнях РДУГ пов'язують із алергічними захворюваннями, але докази залишаються обмеженими. Встановлено зв'язок між алергічними розладами (респіраторними, шкірними, іншими алергіями, включаючи харчові, лікарські, алергії та анафілаксію та будь-які з них) та РДУГ. Частота алергічних розладів становила 7,8%, респіраторні алергії (6,7%) були найпоширенішими, за ними слідували шкірні алергії (0,9%). Інша група алергії (0,2%) була найменш поширеною, включаючи анафілаксію, харчову та лікарську алергію [65].

Отже, найчастішими коморбідностями є:

- розлади освітнього процесу (розлади читання: 15–50%, дискалькулії: 5–30%);
- розлад аутистичного спектру, який з моменту появи DSM-5 більше не розглядається як критерій виключення для діагностики РДУГ: 70–85%, тик/синдром Туретта та obsесивно-компульсивний розлад: 20% та 5%;
- порушення координації розвитку – 30–50 %;
- енурез зустрічається приблизно у 17% дітей із РДУГ, а порушення сну – у 25-70%;
- часті неврологічні супутні захворювання (тики, мігрень приблизно втричі частіше у дітей із РДУГ, ніж у дітей з типовим розвитком, та епілепсію (у 2,3-3 рази частіше у дітей із РДУГ).

Ризик того, що супутній РДУГ розглядатиметься як супутній стан, а не як основний діагноз, значно підвищується при багатьох розладах дитячого розвитку різного походження. Наприклад, частота супутнього РДУГ оцінюється у 15–40% у дітей із розладами читання та у 26–41% у дітей із легкою інтелектуальною дисфункцією. Супутня патологія при нейророзвивальних розладах оцінюється у 20-50% дітей з епілепсією, у 43% дітей з фетальним алкогольним синдромом та у

40% дітей з нейрофіброматозом. РДУГ зустрічається втричі частіше у недоношених дітей, ніж у дітей, які народилися вчасно, і вчетверо частіше у дітей, які народилися вкрай недоношеними [13; 28; 36; 56; 58].

До умов розвитку уваги можна віднести такі:

- наявність у дитини достатньо широких та стійких інтересів до довкілля, дитячого експериментування;
- уміння довільно зосереджувати увагу у будь-який момент і на будь-якому предметі або іграшці;
- уміння продовжувати діяльність у несприятливих умовах.

Малювання, зазвичай, визначається як безцільні або випадкові каракулі чи начерки, часто складається з нотаток на полях, таких як персонажі мультфільмів, геометричні візерунки чи пасторальні сцени, відрізняється від того, що дослідники називають «малюванням, пов'язаним із виконанням завдання». І малювання в цьому сенсі не пов'язане із покращенням концентрації уваги чи академічних результатів.

У дослідженні Meade M.E., Wammes J.D. Fernandes M.A. малювання поза завданням порівнювалося з типовими навчальними заняттями, такими як «малювання, пов'язане із завданням» та письмо [33; 47]. У трьох окремих, але пов'язаних експериментах малювання та письмо, пов'язані з завданнями, перевершували малювання з погляду запам'ятовування – на 300 відсотків.

Насправді, як теорія когнітивного навантаження, так і експериментальні дослідження в цілому, негативно ставляться до багатозадачності. Діти старшого дошкільного віку, які малюють складні сцени, згідно з цією теорією, беруть участь у конкурентних когнітивних завданнях і, як правило, не справляються ні з тим, ні з іншим. Оскільки наша здатність обробляти інформацію є прикінцевою, малювання та засвоєння різних знань одночасно – є достатньо провакативним.

Так, Dave Crenshaw стверджує, що багатозадачності не існує, є лише активне і пасивне перемикавання завдань [23]. Основна причина, завдяки якій багатозадачність не працює, – це інформаційне навантаження або надмірне

когнітивне навантаження. Когнітивне навантаження відноситься до зусилля, що використовується в робочій пам'яті. Це частина короткочасної пам'яті, що пов'язана з негайною свідомою перцептивною та мовною обробкою.

Термін «когнітивне навантаження» (Cognitive load theory – CLT), з'явився у 1980-х роках на позначення когнітивних здібностей, які обмежені у будь-який момент часу. Ті, хто навчаються, можуть бути перевантажені надто значною кількістю завдань або надто значним обсягом інформації одночасно, що призводить до того, що вони не можуть обробити інформацію.

Дослідження, проведене R. Mayer E. та R. Moreno, підтверджує висновок, що вивчати нову інформацію під час багатозадачності було важко, якщо не неможливо [46]. Проблема багатозадачності виходить за межі надмірного когнітивного навантаження. Термін «багатозадачність» неточний. Багатозадачність передбачає, що мозок обробляє кілька завдань одночасно. Насправді, це не так.

Нейробіологія та нейрофізіологія ясно дала зрозуміти, що мозок не може обробляти завдання одночасно, швидше мозок перемикається (як кнопка включення і вимкнення) між завданнями.

На думку N. Napier, це слід називати «перемиканням завдань» [50]. На жаль, перемикання між завданнями має наслідки, відомі як витрати на перемикання. Вони охоплюють втрату швидкості, меншу розумову енергію та більшу схильність до помилок, адже перемикання може коштувати до 40% продуктивного часу людини.

Людський мозок – вражаюче видовище, але він не дуже добре працює, коли дорослі намагаються зосередити увагу дитини на кількох речах або предметах одночасно.

Є багато досліджень, що підтверджують це, включаючи недавнє дослідження R. Mayer E. та R. Moreno (Vanderbilt University) [46]. Нейрофізіологами доведено, що людський мозок не має можливості одночасно займатися розв'язанням двох і більше інтелектуальних завдань.

Часті перемикання призводять до таких наслідків, як-от:

- продуктивність через перемикання падає втричі;
- якість роботи погіршується, тому що мозок не встигає нічого обміркувати;
- виникає «адреналіновий пік» та ілюзія швидкості.

Є навіть таке порівняння: людина, яка намагається робити дві справи одночасно, схожа на морську свинку, яка не має відношення ні до моря, ні до свиней.

Дослідники не змогли знайти жодного наукового доказу того, що людський мозок здатний виконувати більше одного завдання одночасно. Мозок може перемикатися з одного завдання на інше. Він може робити це досить швидко, щоб створити враження, що він «багатозадачний», але насправді він перемикає завдання.

Отже, існує два різних види перемикання завдань: це активні перемикання та пасивні перемикання.

Активні перемикання відбуваються в ситуаціях, які дитина створює сама, наприклад, коли рухає машинку треком і дивиться мультфільм з телефону. Це перемикання, які вона самостійно й активно робить.

Пасивні перемикання відбуваються у ситуаціях, що ініціюються чимось або кимось. Прикладом може бути ситуація, коли дитина продовжує грати з машинкою, у цей час заходить бабуся і починає розмову з онуком, просить переключити увагу між грою та розмовою.

Інноваційні технології підготовки майбутніх вихователів дошкільної освіти за сертифікатною програмою «Інклюзія. Забезпечення рівних можливостей»

У межах цієї статті ми будемо користуватися власним визначенням, що «педагогічна технологія – це відповідна техніка реалізації освітньо-професійної

програми та діяльність викладача закладу вищої освіти, який реалізує науково обґрунтований стандарт вищої освіти» [6, с.124].

Сертифікатна програма – це структурований набір вибірових дисциплін спорідненої тематики, спрямований на отримання додаткових поглиблених знань та здобуття ефективних практичних навичок у певній сфері. Це може бути й спеціалізований комплекс пов'язаних між собою складових (освітніх компонентів) встановленої тривалості, який передбачає професійно спрямовану підготовку слухачів.

Завершення підготовки здобувачів за сертифікатною програмою «Інклюзія. Забезпечення рівних можливостей» передбачає надання відповідного сертифікату про успішне її проходження. Сертифікатні програми передбачають набуття здобувачами вищої освіти додаткових кваліфікацій. Компоненти сертифікатної програми запропоновано в табл. 1.

Сертифікатна програма

«Інклюзія. Забезпечення рівних можливостей»

для першого (бакалаврського) рівня вищої освіти

Мета сертифікатної програми: формування у майбутніх вихователів дошкільної освіти спеціальних компетентностей організації та впровадження діагностичної та корекційно-розвиткової роботи з дітьми, які мають розлад із дефіцитом уваги та гіперактивністю на основі диференційованого й індивідуального підходів.

Таблиця 1

Компоненти сертифікатної програми

Компоненти сертифікатної програми (навчальні дисципліни, практики, атестація здобувачів вищої освіти)	Кредити	Форма контролю
Причини та симптоми розладу з дефіцитом уваги та гіперактивністю. Коморбідність РДУГ	3	Диференційований залік / 2 курс, 1 семестр

Психолого-педагогічна діагностика з практикумом складання індивідуальної програми корекційно-розвиткової роботи з дітьми, які мають розлад із дефіцитом уваги та гіперактивністю	3	Диференційований залік / 2 курс, 2 семестр
Психолого-педагогічний супровід дітей, які мають розлад із дефіцитом уваги та гіперактивністю на основі диференційованого й індивідуального підходів	3	Диференційований залік / 2 курс, 2 семестр
Усього	9	
Форма атестації здобувачів вищої освіти – диференційований залік		

З метою реалізації сертифікатної програми нами було дібрано низку інноваційних технологій підготовки майбутніх вихователів дошкільної освіти. Далі пропонуємо деякі з них.

Однією з інноваційних технологій, яка виявилася продуктивною та цікавою для здобувачів вищої освіти виявилася технологія «Попереднє тестування». Так, автори нового дослідження (Pan S. C., & Sana F. [52]) дійшли висновку, що підхід, названий «попереднім тестуванням», насправді ефективніший, ніж інші типові стратегії навчання.

Дослідники припустили, що «генерація помилок» є ключем до успіху стратегії. Необхідно стимулювати цікавість студентів та спонукати їх до «пошуку правильних відповідей», коли вони нарешті вивчили новий матеріал. Ці дані підтверджують результати дослідження (Andrée-Ann Cyr & Nicole D. Anderson [18]), яке показало, що обґрунтовані припущення допомогли студентам зв'язати базові знання з новим матеріалом.

Проілюструємо зазначену технологію щодо попереднього тестування прикладом практичного заняття з теми «Розповсюдженість РДУГ та видатні персоналії сучасності».

Здобувачам вищої освіти було запропоновано запитання тесту до теми, що будуть вивчати, з урахуванням особливостей сучасної молоді, яка орієнтується на «зірок» сцени та соціальних мереж. Отже, персоналії мають бути знайомі, їхнє життя є публічним та широко висвітлюватися в засобах масової інформації. Далі наведено частину тесту до теми.

«Багато людей з обмеженими можливостями / особливостями сприяли розвитку людства, йдеться про відомих акторів, співаків, світових політичних лідерів. Це – тест, в якому запропоновано варіанти відповідей. Визначте правильну відповідь.

1. На вашу думку, про кого йдеться: «Відомий німецький композитор страждав глухотою, «дзвоном» у вухах, який заважав йому сприймати і оцінювати музику. А на більш пізній стадії хвороби він уникав і звичайних розмов. Причина глухоти невідома. Але за своє недовге життя він написав 9 симфоній, 5 фортепіанних концертів і 1 скрипковий, 17 струнних квартетів, 1 оперу і 32 фортепіанні сонати».

А. Михайло Глінка

Б. Людвіг ван Бетховен

В. Петро Чайковський

Г. Микола Лисенко

2. На вашу думку, про кого йдеться: «Це відомий фізик-математик, один з найбільш впливових в науковому сенсі і відомих широкій громадськості фізиків-теоретиків нашого часу. Учений страждав невиліковною хворобою - розсіяним склерозом. Це хвороба, при якій рухові нейрони поступово вмирають і людина стає все більш безпорадною... Після операції на горлі він втратив здатність говорити. Друзі подарували йому синтезатор мовлення, який був встановлений на його кріслі-колясці і за допомогою якого він міг спілкуватися з оточуючими. Головна спеціалізація - космологія і квантова гравітація. Вчений досліджував термодинамічні процеси, які виникають в чорних дірах».

А. Карл Фрідріх Гаус

Б. Готфрід Вільгельм Лейбніц

В. Ісаак Ньютон

Г. Стівен Ґокінґ

3. На вашу думку, про кого йдеться: «Вражаючим прикладом мужності є історія австралійського мотиватора, оратора. Народився з синдромом тетраамелії - рідкісним спадковим захворюванням, що призводить до відсутності чотирьох кінцівок. Частково була одна стопа з двома зрощеними пальцями, що дозволило хлопчикові після хірургічного поділу пальців навчитися ходити, плавати, кататися на скейті, грати на комп'ютері і писати.

З 1999 року він почав виступати в церквах, тюрмах, школах і дитячих притулках, незабаром відкрив некомерційну організацію «Життя без кінцівок», почавши благодійну діяльність і допомагаючи інвалідам по всьому світу. Він об'їздив понад 55 країн, виступаючи в школах, університетах та інших організаціях».

А. Ніколас Джеймс «Нік» Вуйчич

Б. Орландо Блум

В. Том Круз

Г. Сільвестр Сталоне».

Дивно, але попереднє тестування навіть перевершує практичні тести після вивчення матеріалу. Так, у ході дослідження студенти, які пройшли практичний тест №1 перед вивченням матеріалу, правильно відповіли у 17% випадках, на 21% в наступному тесті № 2, та 33% і 39% під час виконання тестів №№ 3 та 4 (рис. 7).



Рис. 7. Попереднє тестування здобувачів освіти

Опитування студентів підтвердило гіпотезу про те, попереднє тестування до вивчення нової теми з дисципліни стимулює до ознайомлення з силабусом та переглядом теми для отримання більш вищого результату.

Дослідження довело, що навчання стає тривалішим, коли студенти виконують важку роботу з виправлення помилок, ще раз нагадуючи нам, що помилятися – це важлива віха на шляху до того, щоб сформувалися відповідні компетентності.

На реалізацію мети сертифікатної програми ми також використовували технологію «Клас до гори дригом» (Flipped classroom), зміст якої структуровано навколо ідеї, що лекція чи пряме навчання не є найкращим використанням часу в аудиторії. Натомість студенти стикаються з інформацією до початку занять, звільняючи час в аудиторії для занять, які вимагають залучення критичного мислення.

Так, до початку вивчення теми «Сенсорні особливості у дітей із РДУГ» здобувачам вищої освіти було запропоновано декілька визначень, передусім, що сенсорна інтеграція – це здатність людини організувати відчуття для здійснення

рухів, навчання та нормальної поведінки, тоді як порушення сенсорної обробки – це комплексний розлад, при якому дитина неправильно інтерпретує повсякденну сенсорну інформацію, що може призводити до проблем з координацією рухів, мовленням, поведінкою та навчанням.

Гіперактивні діти з синдромом дефіциту уваги відрізняються від своїх однолітків насамперед поведінкою: вони постійно перебувають у русі, зносячи деколи все на своєму шляху, пропускають слова вихователя повз вуха. Сконцентруватися на одній дії – непосильне завдання для них. Причини можуть бути приховані у сенсорних порушеннях. Сенсорний профіль дитини з РДУГ схожий на друшляк з великими отворами, що пропускає крізь себе все. Вона чує, як цокає годинник, як хтось розмовляє в коридорі, як співають птахи за вікном, як хтось поруч розгортає книжку тощо. Завдяки цим дрібницям дитині складно зосередитися на дійсно важливій інформації, яку дає педагог на занятті. Потік вхідних повідомлень для мозку занадто великий, що впливає на концентрацію, увагу та стомлюваність.

Отже, для студентів було запропоновано завдання до початку вивчення теми знайти інформацію щодо відмінностей сенсорного профілю дитини з РДУГ, скласти відповіді на такі тези:

1. Нестача інгібіції (сповільнення перебігу реакцій) стимулів:

на поведінковому рівні;

на сенсорно-когнітивному рівні – порушення адаптації та фільтрації сенсорної інформації.

2. Труднощі у підтримці оптимальної активності та уваги призводять до сенсорного пошуку.

3. Занепокоєння і тривожність може бути проявами сенсорного пошуку.

Прийоми сенсорної інтеграції:

- що таке сенсорні порушення, як вони проявляються в діяльності дитини;

- як сенсорна інтеграція допомагає працювати з труднощами поведінки, навчання чи порушеннями у розвитку;
- як скласти сенсорний профіль дитини, індивідуальну програму корекції та сенсорну дієту;
- які прості ігри допомагають заспокоїти або підбадьорити дитину, покращити її концентрацію;
- де межі між нормою та не нормою, коли потрібна допомога фахівця.

Типовим прикладом практичного заняття «До гори дриґом» є заняття, в якому викладач попередньо записує тематичну лекцію, розміщує запис MOODLE, щоб студенти могли переглянути перед заняттям, пропонує студентам у Canvas додати свої відповіді до запитань, завантажити створене відео або презентацію, а потім допомагає студентам виконувати завдання під час заняття, стимулює та заохочує по поглибленого самостійного вивчення пропонованої теми.

У перекладі з англійської слово «скаффолдінґ» (*scaffolding*) означає «риштування». В англійській освітній літературі цей термін використовується для позначення процесу, коли дитина вирішує завдання за підтримки педагога, викладача, дорослого або іншої значущої для неї або досвідченішої людини (експерта). Цей підхід передбачає поступове зменшення обсягу підтримки в міру того, як той, хто навчається, стає більш самостійним у виконанні завдань.

Варто звернути увагу на рекомендації дослідниці Деббі Сільвер (Debbie Silver), яка пропонує практичні підходи до застосування скаффолдінґу [57]. На її думку, першим кроком має бути оцінювання поточного рівня знань і навичок тих, хто навчається, у контексті конкретної теми заняття, будь то лекція, практичне, лабораторне чи семінарське заняття.

Дослідниця наголошує, що характер і обсяг допомоги викладача мають ґрунтуватися на результатах діагностики та спостереження за діями студентів у процесі самостійного розв'язання завдань.

Підтримка мусить бути не лише диференційованою, а й адаптивною, тобто підлаштовуватися під індивідуальні особливості кожного студента.

Вона має бути схожа на «надбудову», яка допомагає здобувачу вищої освіти виконувати завдання, виходячи з його рівня підготовки.

На думку К. Крутій та О. Попович, диференціацію такої допомоги засновано на результатах діагностики, організованої в рамках спільної діяльності, створюється прямий зв'язок поняття скаффолдінгу з іншими важливими поняттями, такими як формувальне оцінювання, онлайн-моніторинг і онлайн-діагностика.

Використання скаффолдінгу в освітньому процесі сприяло впровадженню ефективних технік, що допомагають студентам покращити концентрацію уваги. До них належать *друдли, дуглінг, зентанґл і зендуглінг*.

Друдл (англ. doodles) – це цікавий винахід американських авторів Роджера Прайса та Леонарда Стерна, представлений у 1950-х роках. Назва doodle утворена від комбінації трьох слів: «doodle» (каракулі), «drawing» (малюнок) і «riddle» (загадка). Ця техніка полягає в малюванні простих і водночас загадкових зображень, які стимулюють уяву та розвивають креативне мислення.

Таким чином, застосування скаффолдінгу та пов'язаних із ним технік створює умови для більш ефективного навчання, забезпечуючи індивідуальну підтримку кожного студента та сприяючи їхньому особистісному розвитку.

Дуглінг (від англійського doodle – несвідомий малюнок) – це малювання за допомогою простих елементів (кружечків, закорючек, ромбів, крапочок, паличок тощо). У цьому і полягає легкість. Проте з цих простих елементів можуть складатися складні композиції, що вражають уяву. Але в основному це несвідомий малюнок, що дозволяє «відключити мозок», що відкриває дорогу чистій творчості, не скутій правилами.

Дудлінг, як і будь-яке малювання, є когнітивно інтенсивним заняттям, що охоплює складні цикли зворотного зв'язку між візуальними, сенсомоторними, областями уваги та планування мозку й тіла.

Зентанґл (від zen – врівноваженість, спокій і rectangle – прямокутник) є поєднанням медитації та малювання. Традиційно для малювання зентангла

використовуються квадрати 9x9 см. У квадрат поміщається який-небудь малюнок, або він довільним чином ділиться на сегменти, які, в свою чергу, заповнюються різними однотипними елементами (крапочками, кружечками, ромбиками, на що вистачить фантазії).

Суміш цих двох технік – *зендуглінґ* (Zendoodling) – ідеально підходить для занять з дітьми. Найпростіший варіант – скористатися розмальовкою або контуром тварини, квітки, пташки (чого завгодно), намальованого за трафаретом, і запропонувати дитині заповнити його простими елементами, а потім їх розфарбувати. Можна ускладнити завдання – розбити малюнок на частини і заповнити отримані сегменти різними візерунками. Ще варіант – запропонувати по-різному заповнити однакові зображення тварин, предметів тощо, або замальовування того, що складно і це є потужною стратегією освітнього процесу (див. дослідження [44, 33; 47]), і це можна застосувати «незалежно від художнього таланту» [33].

Завдання для студентів полягало в тому, щоб дібрати необхідні техніки малювання та використати прихисток дітей із РДУГ до малювання, дозволивши їм представляти замальовки як результати роботи.

Практична реалізація одного із компонентів сертифікатної програми «Психолого-педагогічний супровід дітей, які мають розлад із дефіцитом уваги та гіперактивністю на основі диференційованого й індивідуального підходів» передбачала використання технології «Форсайт-гра».

У цій статті форсайт тлумачиться автором як технологія інтерактивної взаємодії в навчанні, що забезпечує можливість для тих, хто навчається, вирішувати майбутні професійні завдання, використовуючи можливості прогнозування. Поняття «форсайт-гра» нами використовується у значенні квазіпрофесійної діяльності студентів, проєктної майстерні, це дозволяє формувати необхідні компетентності в умовах, наближених до реальних, а також сприяє активності у навчанні, розвитку творчих здібностей, умінь переносити знання та вміння з теоретичної галузі до практичної.

Здобувачам вищої освіти було запропоновано такий текст для ознайомлення та реферування. «Гра життєво важлива для сенсорного розвитку дітей, але лише деякі дослідження вивчали, як РДУГ пов'язано з ігровими навичками. Діти з РДУГ, як правило, зазнають труднощів із соціальними елементами гри, вони можуть бути менш грайливими, чим нормотипові дошкільники.

Було проведено кілька досліджень [14] щодо ефективності ігрових занять з симптомами РДУГ у дітей та виявлено, що ігрове втручання, в якому навчання проводилося за допомогою ігор із сенсорним навантаженням, було успішним у дітей із РДУГ у покращенні їхніх навичок соціальної гри та зниженні симптомів РДУГ. *Ігрові заняття з сенсорним навантаженням* знижували симптоми РДУГ за допомогою тренування різних навичок, таких як навички мислення, самоконтроль, планування, організація, продуктивність, усунення негативу та полегшення проблем соціальної взаємодії з однолітками, а також пом'якшення ізоляції та відторгнення серед іншого. Втручання охоплювало структуровані ігрові перерви під час виконання навчальних завдань, що дозволяло дітям займатися фізичною активністю та соціальною взаємодією.

Результати показали, що ігрові перерви сприяли зниженню руйнівної поведінки та покращенню академічної залученості серед дітей із РДУГ та сприяли сенсорному розвитку». Після реферування здобувачі вищої освіти склали перелік методів та прийомів, які прогнозовано (форсайт) мають вплинути на сенсорний розвиток дітей із РДУГ.

Здобувачів було об'єднано в підгрупи для роботи в Padlet та структуровання отриманої інформації. Виконане студентами завдання було структуровано та презентовано у вигляді, який запропоновано далі.

Методи та прийоми сенсорного розвитку дітей із РДУГ

1. *Сенсорна інтеграція* – це процес, під час якого мозок організовує інформацію, отриману від різних сенсорних систем, та формує адекватні реакції. Дітям із РДУГ часто важко регулювати сенсорну інформацію, тому застосування

сенсорної інтеграції є ефективним методом. Прийоми: вправи на розвиток вестибулярної системи: гойдалки, стрибки на батуті, катання на велосипеді; тактильна стимуляція: використання різних текстур матеріалів (пісок, глина, тканини) для сенсорних доріжок, гри з піском або глиною; пропріоцептивні вправи: піднімання важких предметів, натискання, тягнення, катання на роликівих ковзанах, стрибки з місця тощо.

2. *Використання сенсорних коробок* – можуть містити різні матеріали, які стимулюють тактильні, візуальні та аудіальні відчуття. Прийоми: чарівна торбинка: діти наосліп шукають та ідентифікують предмети в торбинці; сенсорні доріжки: доріжки з різних матеріалів для стимуляції тактильних відчуттів.

3. *Вправи на розвиток дрібної моторики* – моторика тісно пов'язана з сенсорним розвитком і є важливою для дітей із РДУГ. Прийоми: малювання пальцями: діти малюють пальцями на піску, піні для гоління, крупі, глині або фарбі; пазли та мозаїки: складання пазлів, створення мозаїки з маленьких деталей; шнурівка та зав'язування: вправи на шнурівку, зав'язування вузлів.

4. *Використання музичних інструментів* – музика сприяє розвитку слухових сенсорних відчуттів і може допомогти зосередити увагу. Прийоми: садочок звуків: використання різних музичних інструментів для розвитку слухових відчуттів; гра з ритмами: прості ритмічні вправи, використання барабанів, брязкальців, маракасів.

5. *Використання візуальних стимулів* – діти з РДУГ часто мають труднощі з концентрацією уваги, тому візуальні стимули можуть допомогти утримати їхню увагу. Прийоми: ігри зі світлом: використання ліхтариків, світлових панелей, проєкторів; кольорові картинки та візуальні посібники: використання яскравих зображень, картинок, візуальних карт.

6. *Сенсорні ігри та активності* – ігри є важливою складовою сенсорного розвитку та допомагають дітям навчитися регулювати сенсорну інформацію. Прийоми: гра в «гарячий-холодний»: діти шукають предмети, керуючись

підказками про їх розташування; ігри на розвиток координації рухів: ігри з м'ячем, кидання та ловіння, смуги перешкод тощо.

Далі наведемо орієнтовний план практичного заняття для студентів з теми «Сенсорна інтеграція у дітей дошкільного віку з РДУГ».

Мета заняття: ознайомити студентів з поняттям сенсорної інтеграції та її особливостями у дітей з розладом дефіциту уваги та гіперактивності (РДУГ); продовжувати формувати практичні навички проведення занять із сенсорного розвитку з дітьми дошкільного віку, які мають РДУГ; розвинути у студентів розуміння важливості сенсорної інтеграції для загального розвитку дитини та подолання труднощів, пов'язаних з РДУГ.

Необхідні матеріали: презентація з теоретичним матеріалом; роздатковий матеріал (інструкції, завдання); сенсорні матеріали для практичних занять (м'ячі різної текстури, килимки, масажери, ароматичні олії, музичні інструменти тощо); іграшки для дітей дошкільного віку. Додаткові матеріали для самостійної роботи студентів: список літератури для поглибленого вивчення теми; картки з описами різних сенсорних ігор та вправ; шаблони для створення власних сенсорних матеріалів (використовуються матеріали, самостійно дібрані з платформи Pinterest).

Хід практичного заняття:

1. Вступна частина (до 15 хвилин). Привітання, ознайомлення з темою заняття. Коротке теоретичне введення: Що таке сенсорна інтеграція? Як порушення сенсорної інтеграції проявляються у дітей з РДУГ? Важливість сенсорної інтеграції для розвитку дитини.

2. *Практична частина* (до 45 хвилин). Демонстрація занять із сенсорного розвитку: демонстрування різноманітних сенсорних вправи та ігор, пояснення їх мети та методики проведення. Приклади вправ: масаж тіла різними текстурами (щітки, м'ячики, ролики); вправи на балансування (ходіння по лінії, стрибання на одній нозі); пропріоцептивні вправи (штовхання, тягання, перетягування); вестибулярні вправи (гойдання, обертання); візуальні вправи (спостереження за

рухомими об'єктами, сортування за кольором); аудіальні вправи (слухання різних звуків, музичні ігри).

Самостійна робота студентів: студенти об'єднуються в пари або групи та виконують запропоновані сенсорні вправи. Рефлексія – обговорення вражень та труднощів, що виникли під час виконання завдань.

3. *Підсумкова частина* (до 15 хвилин). Обговорення результатів практичної частини заняття. Відповіді на запитання студентів. Підбиття підсумків: важливість індивідуального підходу до кожної дитини; необхідність систематичного проведення занять із сенсорного розвитку; позитивний вплив сенсорної інтеграції на розвиток дітей з РДУГ.

Висновки

Спадковість: виявляється, від 70% до 80% випадків РДУГ пояснюються генетикою. Це не просто поведінкова особливість, а складна взаємодія багатьох генів ризику.

Генетичні чинники: До етіології РДУГ залучено безліч генів, кожен з яких має невеликий або помірний ефект, отже, це складна генетична мозаїка.

Коморбідність: до 87% дітей із РДУГ страждають від супутніх психічних розладів. Більше того, ймовірність виникнення РДУГ у таких дітей значно вища, ніж у загальній популяції.

Статевий диморфізм: коморбідність РДУГ проявляється по-різному залежно від статі.

Вплив довілля: вплив антидепресантів, куріння та прийом ацетамінофену під час вагітності пов'язано з розвитком РДУГ у дітей. Дослідження показали, що цей вплив зумовлено метилуванням генів, що беруть участь у нейрогенезі та нейротрансмісії.

На нашу думку, ефективною формою проведення практичних занять зі здобувачами є дискусія. Наведемо *приклад дискусії з теми «Міфи про РДУГ та наукові факти про розлад»*.

Отже, викладач (керівник дискусії) розпочинає: «Існує багато непорозуміння щодо РДУГ, що впливає з трьох областей труднощів, які він викликає у дітей – неухважність, гіперактивність та імпульсивність – і того факту, що дитині не обов'язково боротися з усіма трьома, щоб отримати діагноз РДУГ.

Пропоную декілька міфів про РДУГ. Завдання для учасників дискусії – спростувати міф, аргументуючи сучасними дослідженнями, або підтвердити факт, вивівши інформацію з міфу до наукового вжитку».

Окреслимо найпоширеніші міфи про цей розлад.

- *Діти з РДУГ не можуть довго концентруватися на будь-чому: це міф чи правда?*

Найчастіше дітям ставлять діагноз РДУГ, тому що їм важко концентрувати увагу. І це називається розлад із дефіцитом уваги та гіперактивності. Тому багато людей припускають, що ці діти не можуть зосередитися ні на чому довше ніж на кілька хвилин. Незважаючи на назву розладу, проблема дітей із РДУГ насправді полягає не в дефіциті уваги, а скоріше у труднощі з направленням уваги на речі, які не особливо їм цікаві, включаючи вказівки батьків та педагогів. Насправді, багато дітей з РДУГ відчувають гіперфокусування, приділяючи особливу увагу речам, які їм цікаві. Ось чому дітям із РДУГ може бути складно відірватися від мультиплікаційного фільму зайнятися виконанням домашніх обов'язків.

- *Якщо дитина не гіперактивна, у неї не може бути РДУГ.*

Не всі діти з РДУГ гіперактивні. Існує два прояви РДУГ. Якщо у дитини гіперактивно-імпульсивний прояв, його симптоми охоплюють занепокоєння та надмірну активність, начебто нею керує мотор. Вони також охоплюють імпульсивну поведінку – не думають, перш ніж діяти. Надмірна балакучість та перебивання, крайнє нетерпіння та проблеми з тихою грою – все це приклади цього прояву. Це те, про що думають багато батьків, коли чують про РДУГ.

Але є також те, що називається неухважним уявленням. Діти у цій групі легко відволікаються і відчувають труднощі з концентрацією уваги на речах, які потребують постійних зусиль. Інші труднощі з виконавчими функціями, такі як

забудькуватість та проблеми з організацією, також потрапляють у це уявлення. Гіперактивність не є симптомом. Може бути тільки неухвний прояв, тільки гіперактивно-імпульсивний прояв або комбінований прояв, коли є симптоми в обох цих областях. Це одна з речей, яку люди часто не розуміють у РДУГ.

- *РДУГ буває лише у хлопчиків.*

У два рази частіше хлопчики діагностуються із РДУГ, ніж дівчатка, але це частково тому, що менше дівчаток гіперактивні. І гіперактивність більш помітна та руйнівна, ніж інші симптоми РДУГ, особливо у дітей молодшого віку. Зазвичай хлопчики частіше виявляють ці симптоми, ніж дівчатка. Дівчатка набагато частіше демонструють неухвність.

Діти, які не можуть всидіти на місці або не перебивати вихователя, більш помітні, ніж ті, хто впадає у забуття чи відключається під час заняття. Ось чому багато експертів вважають, що дівчатка з цим розладом залишаються непоміченими, навіть якщо у них виникають проблеми із самооцінкою.

Ще один поширений симптом у дівчаток підвищена емоційна лабільність. Їм важко придушувати емоційні реакції, тому вони відчувають дуже сильно.

- *РДУГ - це проблема тільки в дитинстві, і вона пройде.*

РДУГ з часом змінюється, але це не означає, що він зникає. Підліток чи дорослий із РДУГ може не вставати зі свого місця, але він може відчувати внутрішній дискомфорт, нервозність чи занепокоєння. Боротьба може бути настільки очевидною зовні. Коли діти переходять до старшої школи, очікування зростають. Підлітки з РДУГ можуть відчувати труднощі у навчанні, спілкуванні та емоційному плані. Якщо не лікувати РДУГ, він може призвести до імпульсивної та ризикованої поведінки, такої як вживання наркотиків та проблеми з правоохоронними органами.

Майже третина дітей із РДУГ більше не матимуть симптомів РДУГ на той час, як стануть дорослими. Ще у третини будуть симптоми РДУГ у дорослому віці, але вони не будуть такими ж важкими, як у дитинстві. І майже третина матиме суттєві симптоми РДУГ упродовж усього життя. Проте батькам не можна чекати і

сподіватися, що їхня дитина переросте симптоми РДУГ. Це тому, що роки боротьби та конфліктів з педагогами та батьками можуть мати серйозні наслідки. Рекомендоване лікування охоплює навчання дітей навичкам, які допоможуть їм справлятися із симптомами все життя.

- *РДУГ виникає через погане виховання.*

Легко дійти висновку, що коли дитина імпульсивна, не слідує інструкціям і багато вередує, її не вчили вести себе вдома. Але РДУГ – це розлад нейророзвитку, і візуалізація мозку показує відмінності в роботі мозку в дітей з цим розладом. Стратегії виховання, які працюють з іншими дітьми, часто не працюють із дітьми із РДУГ, тому батькам потрібно адаптуватися. Хоча виховання не викликає РДУГ, батьки відіграють вирішальну роль у тому, щоб допомогти дітям із РДУГ навчитися керувати своєю поведінкою.

Батьки можуть чітко висловлювати та моделювати, що таке правильна поведінка, та хвалити своїх дітей за її дотримання. Позитивне підкріплення важливе для побудови довірчих відносин із батьками та мотивації дитини продовжувати правильну поведінку. Ця проактивна структура, часто звана «будівельними лісами», що забезпечує зовнішнє регулювання поведінки, поки дитина вчиться регулювати себе сама. Поведінкова терапія, в якій беруть участь батьки та діти, може допомогти дітям із РДУГ справлятися зі своїми симптомами як вдома, так і в закладі освіти.

- *РДУГ і СДУ – це два різні розлади.*

Синдром дефіциту уваги, або СДУ, це РДУГ без «гіперактивності», і деякі люди використовують його для опису неухважного прояву РДУГ. Але насправді термін СДУ – це старий термін, який був замінений на РДУГ. Діти, які приймають стимулюючі препарати для лікування РДУГ, наражаються на більш високий ризик розвитку залежності.

Люди можуть зловживати стимулюючими препаратами. І деякі люди думають, що прийом їх у дитинстві від РДУГ, який не призводить до кайфу, може стати воротами до зловживання наркотиками у пізнішому віці. Однак безліч

досліджень показало, що у дітей з діагнозом РДУГ прийом стимулюючих препаратів не збільшує та не знижує ризик розвитку залежності від алкоголю, нікотину, марихуани та кокаїну в дорослому віці.

На жаль, діти з РДУГ схильні до більш високого ризику зловживання психоактивними речовинами, ніж інші діти. Але це пов'язано із самим розладом, а не з ліками, що використовуються для його лікування. Оскільки багато дітей з РДУГ схильні до імпульсивності, проблем із концентрацією уваги та гіперактивності, речовини, які справляються з цими проблемами з мінімальними зусиллями, є привабливими. Препарат може здатися швидким рішенням для дитини, яка має труднощі. І ці діти, як правило, відчують вплив речовин інтенсивніше, що робить їх більш уразливими до залежності. Отже, невиконання і не лікування РДУГ може надати дитини більшого ризику зловживання речовинами в майбутньому, коли вона боротиметься з розладом.

- *Ліки від РДУГ змінять особистість дитини.*

Іноді кажуть, що стимулюючі препарати для лікування РДУГ роблять дітей примхливими чи седативними. Але це не стосується більшості дітей. І якщо це відбувається, це означає, що дитина отримує неправильну дозу або ліки для своїх потреб. Немає універсальної схеми прийому ліків на лікування РДУГ. Діти по-різному реагують на дві різні групи стимулюючих препаратів та різні формули вивільнення – швидкість, з якою ліки всмоктуються у кровотік. При виникненні небажаних побічних ефектів зазвичай доводиться змінювати ліки та формули.

Доза має також значення. Наприклад, якщо доза занадто висока, дитина може почати здаватися схожою на зомбі або дратівливою. Якщо це станеться, ліки необхідно скоригувати. Але є невелика група дітей із РДУГ, які стають примхливими та дратівливими, коли приймають стимулюючі препарати, навіть у найнижчій ефективній дозі. Для таких дітей слід розглянути інші варіанти лікування, включаючи нестимулюючі препарати.

Висновки

РДУГ є однією з особливостей, що робить дитину унікальною. Таким дітям потрібна особлива підтримка та допомога у їхньому розвитку. Дошкільна освіта пропонує дітям з РДУГ та їхнім сім'ям можливість вибору звичайних занять чи занять в інклюзивній групі.

Мільйони дітей у всьому світі мають діагноз РДУГ, тому дуже важливо, щоб майбутні вихователі ЗДО були добре обізнані та навчені розпізнавати симптоми РДУГ. Це особливо важливо, оскільки від педагогів очікують впровадження, оцінки та підтримки спеціального навчання дітей із РДУГ.

ADD і ADHD – це аббревіатури, прийняті міжнародним співтовариством, для синдрому дефіциту уваги (СДУ) й розладу з дефіцитом уваги та гіперактивністю (РДВГ). Численні дослідження наукових та медичних установ по всьому світу показують, що зростає відсоток дітей із діагнозом синдрому дефіциту уваги. Згідно з останніми дослідженнями, від 7 до 10% у дітей віком від 5 до 18 років діагностовано СДУ або РДУГ. Синдром дефіциту уваги частіше зустрічається у хлопчиків (3:1) порівняно з дівчатками; за даними деяких досліджень, це співвідношення досягає 6:1 до 10:1. Статистика європейських країн засвідчує, що РДУГ становить близько 70% від загальної кількості діагнозів, які діти отримують, тому дуже важливо враховувати цей факт при роботі з дітьми в закладах дошкільної освіти.

Діагноз РДУГ ґрунтується на інформації, отриманій від батьків, педагогів та при обстеженні дитини. Для встановлення цього діагнозу симптоми повинні бути присутніми впродовж не менше шести місяців, повинні з'явитися до семирічного віку, бути присутніми в різних середовищах (наприклад, вдома та в закладах дошкільної освіти) з явними ознаками порушення функціонування в соціальній, освітній сфері (нерозуміння з боку однолітків, погана поведінка у закладах дошкільної освіти).

Гіперактивними дітьми легко маніпулювати, оскільки їхнє бажання бути прийнятими часто змушує їх робити те, що їм пропонують однолітки. Цей тип

поведінки може бути цілком безневинним, від невеликих витівок до небезпечних для життя ситуацій.

Гіперактивність може порушити соціальні відносини дитини. Дуже часто гіперактивні діти мають проблеми зі встановленням та підтриманням дружніх відносин. Перебивання, нав'язування, висловлювання невідповідних слів у невідповідний час, тряска, обійми чи дотики до інших без причини і агресивне розв'язання конфліктів можуть призвести до проблем у відносинах з однолітками, або призвести до того, що дитину відштовхнуть і відкинуть, незважаючи на сильне бажання бути прийнятим.

Проблеми з увагою дуже ускладнюють навчання таких дітей, і наслідки можуть відбиватися на їхній успішності, а також ускладнювати їм освоєння практичних і рухових навичок.

Наслідки нездатності концентруватися відбиваються як на освіті, так і у нормальних відносинах із членами сім'ї та друзями, членами родини. Є певна кількість дітей, особливо дівчаток, які не є ані явно гіперактивними, ані імпульсивними, але мають проблеми щодо серйозної нестачі уваги та концентрації.

Симптоми РДУГ охоплюють: нездатність помічати деталі; труднощі у підтримці уваги і під час виконання завдань й у грі; створюють враження, що не слухають, коли звертаються до них; втрачає речі, необхідні для виконання завдань і дій; зовнішні подразники можуть швидко відвернути їхню увагу.

Переважно гіперактивний імпульсивний тип: це частіше хлопчики, ніж дівчатка, які мають проблеми з поведінкою та спілкуванням з дорослими й однолітками, але вони добиваються щодо добрих успіхів у закладах дошкільної освіти.

Переважно дефіцит уваги: це спокійні, тихі діти, частіше дівчата, ніж хлопчики, які не мають проблем із дотриманням правил, вони дисципліновані, але явно не встигають у навчанні, невідповідно до їх когнітивних здібностей.

Комбінований тип, який також є найпоширенішим. У цьому типі більше хлопчиків, аніж дівчаток. Ці діти справляють враження грубих, невихованих дітей, яким також супроводжують академічні невдачі. Ці діти ніде не вписуються та сильно страждають. Усі, хто перебуває з ними у постійному контакті, також дуже страждають.

У закладах дошкільної освіти поведінка дитини з РДУГ проявляється так:

- починають вирішувати завдання ще до отримання інструкції;
- спостерігають за роботою інших дітей замість виконання завдання самостійно;
- працюють надто швидко, що призводить до непотрібних помилок, які не є результатом невігластва;
- відповідають на запитання дуже швидко, не даючи собі достатньо часу подумати;
- не можуть запам'ятати інструкції, хоча не мають проблем із пам'яттю;
- неспокійні, постійно рухаються, навіть коли це не відповідає ситуації, і не можуть заспокоїтись, незважаючи на попередження;
- виникають проблеми, коли їм слід грати спокійно та тихо; завжди в русі (начебто у них «вбудований мотор») і швидко набридають; дуже балакучі; відповідають поспішно та не чекають закінчення питання;
- не можуть дочекатися своєї черги;
- часто переривають розмову та діяльність інших, переривають мовлення інших, заважають іншим грати, але не зі злим наміром чи зловмисно.

РДУГ проявляється по-різному в різних дітей. Виокремлюють три типи РДУГ.

Полегшити симптоми розладу допоможуть:

Медикаментозна терапія. Спеціальні ліки допомагають збалансувати нейромедіатори в мозку і зменшити симптоми (гіперактивність, імпульсивність та неуважність).

Психотерапія. Когнітивно-поведінкова терапія допомагає навчитися управляти емоціями, краще комунікувати в соціумі, а також поліпшує навички планування та організації.

Компенсаторні стратегії. Спеціальні техніки та прийоми – використання таймерів, організація робочого простору, ведення щоденника – допомагають компенсувати пов'язані із РДУГ труднощі.

Освітні програми. Спеціалізований підхід у навчанні допомагає дітям і дорослим із РДУГ краще розуміти свій стан, розвивати навички саморегуляції та адаптуватися до навчання або роботи.

Підтримка оточення. Надважливо, щоб людей із РДУГ розуміли та підтримували родичі, друзі й колеги.

Згідно з дослідженнями, частота цієї проблеми в 4-5 разів вища у хлопчиків, ніж у дівчаток. Для хлопчиків характерний переважно гіперактивний та комбінований тип проблеми. У дівчат найчастіше зустрічається тип РДУГ, який називається переважно синдромом дефіциту уваги.

Багато досліджень показують, що з РДУГ має неврологічну дисфункцію, тобто є дисфункцію мозку, хоча фізіологічний механізм цієї дисфункції досі повністю не вивчено. Проблеми у дитини та її батьків проявляються, коли дитина починає ходити до школи. Гіперактивність, труднощі з концентрацією уваги, непередбачуваність та імпульсивність є характеристиками, які є перешкодою для гарної адаптації до вимог та очікувань традиційної класичної школи.

Тому підтримка дітей із РДУГ у закладах дошкільної освіти охоплює універсальний дизайн, використання відповідних ресурсів, різних форм, методів та прийомів роботи тощо, а також вивчення характеру чинників та способів, що впливають на якість освіти дітей з порушеннями розвитку у звичайних ЗДО, є складним завданням.

Необхідність особливої підтримки в освітній роботі для цих дітей очевидна, оскільки це єдиний спосіб дати їм можливість здобути освіту найкращої якості, що є спільною метою освітньої роботи та однаково стосується всіх дітей. Особлива

підтримка дітей із РДУГ також вимагає ретельної підготовки здобувачів першого (бакалаврського) рівня вищої освіти за сертифікатною програмою «Інклюзія. Забезпечення рівних можливостей». Саме сертифікатна програма як ретельно структурований комплекс вибіркового навчальних дисциплін, надає можливість здобувачам вищої освіти отримати поглиблені знання та здобути ефективні практичні навички щодо роботи з дітьми, які мають РДУГ.

У межах опанування змісту сертифікатної програми «Інклюзія. Забезпечення рівних можливостей» студент, беручи до уваги власні професійно-наукові інтереси, має можливість поглибити знання та отримати практичні навички, сформувати компетентності за певним напрямком, обравши на власний розсуд низку навчальних дисциплін.

Список використаних джерел

1. Гіперактивність у дітей. <https://childfuture.kiev.ua/giperaktivnist-u-ditej/>
2. Державний стандарт дошкільної освіти. Затверджено наказом МОН № 33 від 12.01.2021. URL: <https://mon.gov.ua/storage/app/media/rizne/2021/12.01/nakaz-33-bazovyyukomponent-doshk-osv.pdf> (дата звернення: 19.09.2024).
3. Дошкільна освіта: словник-довідник: понад 1000 термінів, понять та назв / упор. К. Л. Крутій, О. О. Фунтікова. Запоріжжя: ТОВ «ЛІПС» ЛТД, 2010. – 324 с.
4. Коваленко В. М., Борткевич О. П. Коморбідність: визначення, можливі напрямки діагностики та лікування. Український ревматологічний журнал. 2019. № 77 (3). С.33-44.
5. Крутій К.Л., Зданевич Л.В. Необхідність мультидисциплінарного підходу до розроблення освітніх програм підготовки бакалаврів до абілітаційної діяльності. *Педагогіка формування творчої особистості у вищій і середньоосвітній школах*. 2021. № 74 (3). С. 36.
6. Крутій К. Л., Попович О. М. Упровадження педагогічної технології скаффолдінгу в практику підготовки майбутніх вихователів до роботи з дітьми раннього віку. *Підготовка фахівців дошкільної та початкової освіти в умовах інтеграції України в європейський освітній простір: Колективна монографія*. Вінниця : ВДПУ, 2023. С. 121-135.
7. Марценковський І.А., Марценковська І.І. Біполярний розлад: діагностика і терапія (лекція для лікарів первинної ланки медичної допомоги) / <https://mozok.ua/epilepsiya/article/3240-bpolyarnij-rozlad-dagnostika--terapyia-lectsya-dlya-lkarv-pervinno-lanki-med>
8. Піраміда навчання. <https://practical-psychology.com.ua/piramida-navchannya/>
9. Скрипник Т. В. Діти з аутизмом в інклюзії: сценарії успіху : монографія. Київ : Київ. ун-т ім. Б. Грінченка, 2019. 208 с.
10. Стежинки у Всесвіт: комплексна освітня програма для дітей раннього та передшкільного віку / автор. колектив; наук. керівник К. Л. Крутій. Запоріжжя: ТОВ «ЛІПС» ЛТД, 2020. – 244 с. (Гриф МОНУ «Схвалено МОН України для використання у дошкільних навчальних закладах»).
11. Тохтамиш О.М. Дитяча гіперактивність: виникнення, розвиток, методи психосоціальної допомоги. *Актуальні проблеми психології*. 2005. № 1 (14). С. 154–156.

12. Чопик Л., Мусієнко М. Особливості прояву розладу дефіциту уваги з гіперактивністю у дітей старшого дошкільного віку. *Науковий вісник вінницької академії безперервної освіти. серія «Педагогіка. психологія»*. 2024. Випуск 1. С. 190-195.
13. Abdallah M. W., Greaves-Lord K., Grove J., Nørgaard-Pedersen B., Hougaard D. M., Mortensen E. L. Psychiatric comorbidities in autism spectrum disorders: findings from a Danish Historic *Birth Cohort Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2011. № 20 (11–12). P.P. 599–601.
14. Abdollahian E. et al. The effectiveness of cognitive-behavioural play therapy on the symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder in children aged 7-9 years. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*. 2013. № 5(1). P.p. 41-61. doi: 10.1007/s12402-012-0096-0. Epub 2012 Nov 21. PMID: 23179507.
15. ADHD – Attention Deficit Disorder in Children. Child Development Institute. 18 Nov. 2010. http://www.childdevelopmentinfo.com/kids_adhd/adhd.shtml
16. Ainsworth S. E., & Scheiter K. Learning by Drawing Visual Representations: Potential, Purposes, and Practical Implications. *Current Directions in Psychological Science*. 2021. № 30 (1). P.p. 61-67. <https://doi.org/10.1177/0963721420979582>
17. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed.; American Psychiatric Association Publishing: New York. NY, USA, 2022.
18. Andrée-Ann Cyr & Nicole D. Anderson. Learning from your mistakes: does it matter if you're out in left foot, I mean field? *Memory*. 2018. № 26:9. P. p. 1281-1290. DOI: [10.1080/09658211.2018.1464189](https://doi.org/10.1080/09658211.2018.1464189)
19. Archibald S.J., Kerns K.A., Mateer C.A., Ismay L. Evidence of utilization behavior in children with ADHD. *J Int Neuropsychol Soc*. 2005. № 11(4). P.p. 367-75. PMID: 16209416.
20. Antshel Kevin M., Zhang-James Yanli and Stephen V. Faraone. The comorbidity of ADHD and autism spectrum disorder *Expert Rev. Neurother*. 2013. №13(10), p.p. 1117–1128.
21. Arnold L. E., Lobstein T., eds. Dietary treatments for ADHD. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2014. № 8(5). P.p. 23-35.
22. Bálint S., Czobor P., Mészáros A., Simon V., Bitter I. Neuropsychological impairments in adult attention deficit hyperactivity disorder: a literature review. *Psychiatria Hungarica: A Magyar Pszichiatriai Tarsasag Tudományos Folyoirata*. 2008. T. 23. № 5. P.p.. 324–335.
23. Crenshaw D. *The Myth of Multitasking: How «Doing It All» Gets Nothing Done*. Project Management and Time Management Skills. 2008. Jossey-Bass/Wiley. 224 p.
24. Danielson M. L., et al. Prevalence of parent-reported ADHD diagnosis and associated treatment among U.S. children and adolescents. *J Clin Psychiatry*. 2016. № 79(2). P.p. 207-219.
25. Devulapalli K.K., Ignacio R.V., Weiden P. et al. Why do persons with bipolar disorder stop their medication? *Psychopharmacol*. 2019. № 43(3). P.p. 5–14.
26. Dodson W. *Secrets of the ADHD Brain*. NewYork, 2019. P.p. 1-4.
27. Drechsler R., Brem S., Brandeis D., Grünblatt E., Berger G., Walitza S. ADHD: Current Concepts and Treatments in Children and Adolescents. *Neuropediatrics*. 2020. № 51(5). P.p. 315-335. doi: 10.1055/s-0040-1701658
28. DuPaul G. J., Gormley M. J., Laracy S. D. Comorbidity of LD and ADHD: implications of DSM-5 for assessment and treatment. *Learn Disabil*. 2013. № 46 (01). P.p. 43–51.
29. Elaleem A.E.D.M.H.A., Osman Z.A.E.H. & El-Fatah W.O.A. Effect of a nursing educational program on competency and parenting practices among parents having children with attention deficit hyperactivity disorder: a randomized controlled trial. *Middle East Curr Psychiatry*. 2024. № 31 (54). <https://doi.org/10.1186/s43045-024-00443-4>
30. Erbe J. Why have you never heard of Sensory Processing Disorder? 1 in 6 children show signs of it. Updated: *Occupational Therapy Services*. Sep 22, 2019. <https://www.smartpediatrics.com/post/understandingsensoryprocessing>
31. Evans S. W., & Rood C. Behavioral interventions for children and adolescents with ADHD: A focus on evidence-based practices. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2019. № 18(1). P.p. 1-10.

32. Faraone S.V., Larsson H. Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Mol Psychiatry*. 2019. № 24 (04). P.p. 562–575.
33. Fernandes M. A., Wammes J. D., & Meade M. E. The Surprisingly Powerful Influence of Drawing on Memory. *Current Directions in Psychological Science*. 2018. № 27 (5). P.p. 302–308. <https://doi.org/10.1177/0963721418755385>
34. Findling R. L., et al. St. John's Wort in children with ADHD: A randomized controlled trial. *JAMA*. 2008. № 299(22). P.p. 2633–2641.
35. Gooch D., Thompson P., Nash H.M., Snowling M.J., Hulme C. The development of executive function and language skills in the early school years. *J. Child Psychol. Psychiatry*. 2016. № 57. P.p. 180–187.
36. Goulardins J. B., Rigoli D., Licari M. Attention deficit hyperactivity disorder and developmental coordination disorder: Two separate disorders or do they share a common etiology. *Behav Brain Res*. 2015. № 292. P.p. 84–492.
37. Grzadzinski R., Di Martino A., Brady E., Mairena M.A., O'Neill M., Petkova E., Lord K., Castellanos F.H. Exploring autistic traits in children with ADHD: Does the autism spectrum extend to ADHD? *J Autism Dev Disord*. 2011. №41 (9). P.P. 1178–91. DOI: 10.1007/s10803-010-1135-3.
38. El Sady S.R., Nabeih A.A., Mostafa E.M., Sadek A.A. Language impairment in attention deficit hyperactivity disorder in preschool children. *Egypt. J. Med. Hum. Genet*. 2013. № 14. P.p. 383–390.
39. Hamed A.E.D.M., Halim Osman Z.A. E.I., El-Fatah W.O.A. The effect of behavioral training program on stress among parents of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Helwan Int J Nurs Res Pratctice*. 2022. №1(2). P.p.15–26.
40. Harb E.M., Obieat H.D.A., Hamdan-Mansour A.M. Parenting a child with attention deficit hyperactivity disorder: Jordanian's perspectives. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 2024;№ 0(0). doi:10.1177/13591045241292011
41. Katsarou D.V., Efthymiou E., Kougioumtzis G.A., Sofologi M., Theodoratou M. Identifying Language Development in Children with ADHD. *Differential Challenges, Interventions, and Collaborative Strategies. Children*. 2024. № 11 (7). P.p. 841. <https://doi.org/10.3390/children11070841>
42. Katzman M.A., Bilkey T.S., Chokka P.R. et al. Adult ADHD and comorbid disorders: clinical implications of a dimensional approach. *BMC Psychiatry*. 2017. № 17. P.p. 302. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1463-3>
43. Kraemer H. C. Statistical issues in assessing comorbidity. *Stat. Med*. 1995. № 14. P.p. 721–723.
44. Lardi C., Leopold C. Effects of interactive teacher-generated drawings on students' understanding of plate tectonics. 2022. № 50. P.p.273–302. <https://doi.org/10.1007/s11251-021-09567-0>
45. Larsson H., Chang Z., D'Onofrio B. M., Lichtenstein P. The heritability of clinically diagnosed attention deficit hyperactivity disorder across the lifespan. *Psychol Med*. 2014. № 44 (10). P.p. 2223–2229.
46. Mayer R. E., & Moreno R. Nine ways to reduce cognitive load in multimedia learning. *Educational Psychologist*. 2003.№ 38 (1). P.p. 43–52.
47. Meade M.E., Wammes J.D. Fernandes MA. Comparing the influence of doodling, drawing, and writing at encoding on memory. *Can J Exp Psychol*. 2019. № 73 (1). P.p. 28–36. <https://doi.org/10.1037/cep0000170>. PMID: 30883176.
48. Meinzer M. C., Pettit J. W., Viswesvaran C. The co-occurrence of attention-deficit/hyperactivity disorder and unipolar depression in children and adolescents: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 2014. № 34 (08). P.p. 595–607.
49. Millichap J. G., & Yee M. M. The diet factor in ADHD. *Pediatrics*. 2018. № 129(2). P.p. 330–337.

50. Napier N. The Myth of Multitasking. [online] *Psychology Today*. 2018. <https://www.psychologytoday.com/us/blog/creativity-without-borders/201405/the-myth-multitasking>
51. Nigg J. T., et al. The association between food dyes and ADHD: A meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2012. № 51(1). P.p. 86-97.
52. Pan S. C., & Sana F. Pretesting versus posttesting: Comparing the pedagogical benefits of errorful generation and retrieval practice. *Journal of Experimental Psychology: Applied*. № 27 (2). P.p. 237–257. <https://doi.org/10.1037/xap0000345>
53. Parsons L.Q., Cordier R., Munro N., Joosten A., Speyer R. A systematic review of pragmatic language interventions for children with autism spectrum disorder. *PLoS ONE*. 2017. № 12. e0172242.
54. Pennington B.F., McGrath L.M., Peterson R., Peterson R.L. *Diagnosing Learning Disorders: From Science to Practice*; Guilford Publications: New York. NY, USA, 2019; p. 20.
55. Press A. P. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV). Washington DC: American Psychiatric Press. 1994.
56. Rothenberger A., Becker A., Brüni L G., Roessner V. Influence of tics and/or obsessive compulsive behaviour on the phenomenology of coexistent ADHD. *Oxford: Oxford University Press*. 2018. P.p. 247–253.
57. Silver D. Using the ‘Zone’ Help Reach Every Learner / *Kappa Delta Pi Record Pages*. 2012. 13 Jul. – P. p. 28-31 <https://doi.org/10.1080/00228958.2011.10516721>.
58. Simonoff E., Pickles A., Charman T., Chandler S., Loucas T., Baird G. Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. *Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008. № 47 (08). P.p. 921–929.
59. Schiweck C., Arteaga-Henriquez G., Aichholzer M., Edwin Thanarajah S., Vargas-Cáceres S., Matura S., Grimm O., Haavik J., Kittel-Schneider S., Ramos-Quiroga J.A., Faraone S.V., Reif A. Comorbidity of ADHD and adult bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev*. 2021. May. № 124. P.p. 100-123. doi: 10.1016/j.neubiorev.2021.01.017.
60. Stein N. L., Leventhal B., Trabasso T. Psychological and biological approaches to emotion. L. Erlbaum Associates, 1996. 454 p.
61. Sudre G., Mangalmurti A., Shaw P. Growing out of attention deficit hyperactivity disorder: Insights from the ‘remitted’ brain. *Neurosci Biobehav Rev*. 2018. №94, P.p. 198–209.
62. Swanson M., Arnold L E., Jensen P. E. Longterm outcomes in the Multimodal treatment study of children with ADHD (the MTA): From beginning to the End. *Oxford: Oxford University Press*. 2018. P.p. 315–332.
63. World Health Organization ICD-1 for mortality and morbidity statistics. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>. 2019. Accessed May 18.
64. Zambrano-Sánchez E., Cortéz J.A.M., del Río Carlos Y., Moreno M.D., Cortés N.A.S., Hernández J.V., Cervantes T.E.R. Linguistic alterations in children with and without ADHD by clinical subtype evaluated with the BLOC-S-R test. *Investig. Discapac*. 2023. № 9. P. p. 109–114.
65. Zhang X., Zhang R., Zhang Y., Lu T. Associations between attention-deficit/hyperactivity disorder and allergic diseases: a two-sample Mendelian randomization study. *Front Psychiatry*. 2023. №14. 1185088.