

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХЕРСОНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ПЕДАГОГІЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ
КАФЕДРА СПЕЦІАЛЬНОЇ ОСВІТИ**

**Корекція мовленнєвого розвитку молодших школярів із
гіперкінетичним синдромом**

**Кваліфікаційна робота (проект)
на здобуття ступеня вищої освіти “магістр”**

Виконав: студентка 2 курсу 291-м групи
Спеціальності 016 Спеціальна освіта
Освітньо-професійної (наукової)
програми Логопедія
Ігнатенко Тетяна Петрівна

Керівник заслужений лікар України,
доцентка Сокур І.В.
Рецензент директорка Херсонської
загальноосвітньої школи І-ІІІ ступенів №41
м. Херсона Наконечна С.В.

Херсон – 2021

ЗМІСТ

| | |
|---|----|
| ВСТУП | 3 |
| РОЗДІЛ 1. Науково-теоретичні засади вивчення проблеми формування усного мовлення у молодших школярів із гіперкінетичним синдромом | 7 |
| 1.1. Гіперактивність у дітей як нейропсихологічна проблема | 7 |
| 1.2. Психолого-педагогічні прояви гіперкінетичного синдрому | 13 |
| 1.3. Особливості мовленнєвого розвитку молодших школярів з синдромом гіперактивності..... | 17 |
| РОЗДІЛ 2. Напрями та зміст формування усного мовлення у молодших школярів із гіперкінетичним синдромом | 20 |
| 2.1. Організація, зміст та результати експериментального дослідження ... | 20 |
| 2.2. Психолого-педагогічні умови формування усного мовлення у молодших школярів з гіперактивністю | 35 |
| 2.3. Напрями логопедичної роботи з корекції усного мовлення у молодших школярів з гіперкінетичним синдромом | 38 |
| ВИСНОВКИ | 47 |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ | 50 |
| ДОДАТКИ | 54 |
| Додаток А Кодекс академічної доброчесності здобувача вищої освіти Херсонського державного університету | 54 |

ВСТУП

Актуальність дослідження. Радикальні перетворення, що відбуваються в останні роки в системі освіти, визначають пріоритетність вирішення завдань, спрямованих на особистісно-орієнтовану взаємодію вчителя з учнем, прийняття та підтримка його індивідуальності, розвиток творчих здібностей, турбота про його емоційне благополуччя. Особливістю молодшого шкільного віку є не тільки оволодіння дитиною знаннями, вміннями і навичками, а й в становленні базових властивостей її особистості: самооцінки і образу «Я», емоційно-мотиваційної сфери, моральних цінностей й установок, а також соціально-психологічних особливостей в системі відносин з іншими людьми. Водночас виділяється категорія учнів початкових класів, які через свої особливості психофізичного розвитку зазнають значних труднощів під час навчання у школі.

Гіперкінетичний синдром визначається значною поширеністю і високим ступенем шкільної дезадаптації, оскільки у більшості учнів зазначеної категорії спостерігаються супутні соматичні, неврологічні та психологічні проблеми.

Наявність порушень мовленнєвого розвитку у молодших школярів з гіперкінетичним синдромом в значній мірі ускладнює соціальну взаємодію з оточуючими людьми, на фоні розладів уваги, рухової розгальмованості та імпульсивності ще більше обмежує їх можливості в опануванні навчальним матеріалом.

Освітні можливості молодших школярів з гіперактивністю, особливості їх комунікативно-мовленнєвого розвитку були предметом вивчення вітчизняних й закордонних медиків, педагогів, психологів (Л.О.Бадалян, Є.Ю.Балашова, В.І. Гарбузов, С.Ю.Головин, І.В. Дубровіна, В.Дуглас, Л.Т.Журба, М.М. Заваденко, З.С.Карпенко, С. Кеннерс, Н.К.Корсакова,

І.В.Крук, Б.В.Лебедєв, О.К.Лютова, О.М.Мастюкова, Д.Маттнер, Г.Б.Моніна, Ю.В.Мікадзе, М Ратгер, Ю.Л. Славіна, Г. Стілл, Дж.Стілл, А. Тредголд, В.Д. Трошин, О.В. Халецька, А. Штраус, Ю.С.Шевченко, Л.О.Ясюкова та ін.)

Науковцями були виявлені найбільш характерні порушення у вигляді своєрідної моторної діяльності, недостатності пізнавальної сфери та специфічних порушень мовлення у зазначеної категорії дітей. За даними різних авторів, від 8% до 90% дітей з гіперкінетичним синдромом мають мовленнєві порушення (L. Baker, DP Cantwell, M.Cohen, R. Schachar, R Tannock). На думку дослідників порушення мовленнєвого розвитку є одним з частих супутніх розладів при гіперактивності у поєднанні з дефіцитом уваги, проте наукових досліджень, які б підтверджували системний зв'язок порушень мовленнєвого розвитку та гіперактивністю, розробок щодо методичного супроводу корекційно-логопедичної роботи з подолання мовленнєвих розладів у зазначеної категорії молодших школярів представлено недостатньо.

Актуальність проблеми, необхідність її теоретичного та практичного вирішення і зумовили вибір теми кваліфікаційної роботи: **«Корекція мовленнєвого розвитку молодших школярів із гіперкінетичним синдромом».**

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Кваліфікаційна робота виконана відповідно до науково-дослідної теми кафедри спеціальної освіти ХДУ «Зміст та технології навчання в системі спеціальної освіти та інклюзивному освітньому середовищі» (0119U101727 від 22.11.2019.).

Мета дослідження – розробити напрями логопедичної роботи з формування мовлення у молодших школярів із гіперкінетичним синдромом.

Відповідно мети нами було визначено провідні **завдання** дослідження:

1. Зробити аналіз науково-теоретичної, методичної та спеціальної літератури з проблеми дослідження.

2. Вивчити особливості порушень мовленнєвого розвитку у молодших школярів з гіперкінетичним синдромом.

3. Експериментальним шляхом виявити рівень опанування усним мовленням учнями початкових класів з синдромом гіперактивності.

4. Виділити психолого-педагогічні умови підвищення ефективності логопедичної роботи з учнями з гіперкінетичним синдромом.

5. Розробити та апробувати напрями корекційно-розвивальної роботи з формування усного мовлення у молодших школярів з синдромом гіперактивності.

Об'єкт дослідження – мовленнєва діяльність молодших школярів з гіперкінетичним синдромом.

Предмет дослідження – напрями корекційно-розвивальної роботи з формування усного мовлення у молодших школярів з синдромом дефіциту уваги та гіперактивністю.

Методи дослідження: *теоретичні:* вивчення та аналіз психолого-педагогічних, медичних, наукових джерел для визначення стану і теоретичного обґрунтування проблеми дослідження; *емпіричні:* спостереження, вивчення мовленнєвої продукції молодших школярів, констатувальний експеримент; *статистичні:* статистична обробка результатів експериментальної роботи та їх інтерпретація з метою обґрунтування достовірності та репрезентативності даних педагогічного експерименту.

Елементи наукової новизни дослідження. Науково-теоретично *обґрунтовано* значення цілеспрямованого формування всіх компонентів мовлення у молодших школярів із гіперкінетичним синдромом для їх успішного розвитку, навчання та соціалізації; *уточнено* сутність терміну

«гіперкінетичний синдром», експериментальні дані про стан сформованості усного мовлення у молодших школярів із гіперкінетичним синдромом; *подальшого розвитку* набули положення необхідність застосування комплексного і системного підходів до формування усного мовлення у зазначеної категорії учнів.

Практичне значення дослідження полягає у тому, що одержані результати можуть бути використані для подальших досліджень з даної проблематики, а також можуть стати в нагоді логопедам, вчителям закладів загальної середньої освіти під час організації освітньо-корекційної роботи з молодшими школярами з синдромом гіперактивності.

Апробація дослідження. Матеріали роботи представлено у публікації «Психолого-педагогічні умови формування усного мовлення у молодших школярів з дефіцитом уваги та гіперактивністю» в збірці студентських статей КЗ «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К.Д.Ушинського», 2021р.

Структура дослідження. Робота складається зі вступу, двох розділів, висновків та списку використаних джерел та додатків.

РОЗДІЛ 1

Науково-теоретичні засади вивчення проблеми формування усного мовлення у молодших школярів із гіперкінетичним синдромом

1.1. Гіперактивність у дітей як нейропсихологічна проблема

Термін «гіперактивність» походить з латинської «activus» - діяльний, дійовий і з грецької «hureg» - понад, зверху, вказує на те, що перевищує норму.

Говорячи про гіперактивних дітей, більшість дослідників (А.М.Радаєв, З.Тржесоглава, В.М.Трошин, Ю.С.Шевченко, Л.А.Ясюкова) мають на увазі дітей з синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ). Вперше описав надзвичайно рухливу дитину німецький лікар-психоневролог Генріх Хоффман. Незважаючи на те, що вивченням невротичних відхилень поведінки і навчальних труднощів займалися багато вчених, довгий час не існувало наукового визначення таких станів [41].

Симптоми гіперактивності, як патологічний стан, вперше були описані в 1902 році англійським лікарем Д. Стіллом, який вважав, що поява симптомів викликана слабким «гальмуючим волеспрямунням» («inhibitory volition») і «недостатнім моральним контролем» («defective moral control»). Науковець припустив, що така поведінка була результатом спадкової патології або пологових травм [35].

У середині ХХ ст. у нейропсихології та нейрофізіології більшого поширення набув термін «гіпердинамічний синдром», походження якого пов'язують з віддаленими наслідками ранніх органічних уражень головного мозку. Так, П.М Левін у результаті експериментальних досліджень дійшов до висновку, що важкі форми моторного неспокою обумовлені органічним пошкодженням мозку, а у виникненні легких форм значну роль відіграє порушення взаємин з батьками.

С.Д. Клеменс синдром дефіциту уваги з гіперактивністю характеризує як захворювання у дітей із середнім або близьким до середнього інтелектуальним рівнем, у яких порушення поведінки поєднуються з мінімальними відхиленнями в центральній нервовій системі, що виявляються у різних порушеннях, зокрема мовлення, пам'яті, контролю уваги, рухової функції [25].

Нейропсихологічні дослідження засвідчують, що причиною порушень поведінки у дітей з гіперкінетичним синдромом є дисбаланс процесів збудження і гальмування в нервовій системі внаслідок мінімальної мозкової дисфункції, яка виникає через множинне мікропошкодження мозкових структур. В залежності від ступеня пошкодження ретикулярної формації виникають більш або менш виражені прояви рухової розгальмованості. Саме на моторному компоненті цього порушення і зосередили увагу вітчизняні дослідники, назвавши його гіпердинамічним синдромом [45].

Пізніше фахівці зупинилися на терміні, який більш точно відображає сутність дизонтогенезу – «синдром дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ)». Саме під цією назвою зазначений патологічний стан увійшов у Міжнародну класифікацію захворювань [33].

В клінічній практиці для позначення даного стану використовують термін «мінімальна мозкова дисфункція» (ММД), що вперше був запропонований Е.Деноффом у 1959 році для позначення синдрому, який виникає у результаті органічного пошкодження мозку, і характеризується наявністю таких обов'язкових симптомів, як: труднощі навчання у школі та труднощі контролю за власною активністю та поведінкою [9]/

Серед різноманітних характеристик ММД основною її ознакою усі автори виділили гіперактивність та дефіцит уваги, що спричиняють специфічні труднощі у навчанні.

Неврологічний статус таких дітей виявляє легку розсіяну мікросимптоматику – в'ялість окремих безумовних рефлексів та наявність окремих патологічних рефлексів [15].

Під час мінімальної мозкової дисфункції спостерігаються різні неврологічні реакції: порушення поведінки, труднощі шкільного навчання, порушення дозрівання вищих психічних функцій, неврозоподібні стани. Дані морфометричних досліджень мозку дітей із гіперкінетичним синдромом (вимірювання відносних розмірів великих структур головного мозку) за допомогою методів структурної нейровізуалізації свідчать про зменшений розмір ряду структур головного мозку, а саме правої лобової частки, правої тім'яної області кори, хвостатого ядра, мозочкових півсфер [48].

У нейровізуальних дослідженнях підтверджено, що діти з гіперкінетичним синдромом, мають знижений порівняно з віковою нормою обсяг хвостатого ядра (*nucleus caudatus*) [47].

Відповідно нейропсихологічних досліджень, первинним дефіцитом при гіперактивному синдромі є недостатнє функціонування першого і третього структурно-функціональних блоків мозку (за О.Р.Лурія) [30]. У термінах зарубіжних авторів цей дефіцит описується як недостатність активуючої системи мозку і керуючих функцій [47; 48].

У дітей з гіперкінетичним синдромом формування мозкової організації від правої до лівої півкулі відбувається з девіаціями і розвиток «йде в правий бік», що виявляється у гіперактивності, імпульсивності. Відомо, що концентрацію уваги забезпечують лобові відділи лівої півкулі, а права півкуля відповідає за розподіл уваги [38].

Результати сучасних нейропсихологічних досліджень засвідчують, що у 70% дітей з СДУГ порушення виникає в підкіркових та стовбурових відділах

головного мозку, які переважно формуються внутрішньоутробно. Вони закладають основу для всього подальшого онтогенезу [2].

За результатами дослідження Л.С.Цветкової серед усіх дітей з гіперкінетичним синдромом переважна більшість складають хлопчики, у яких порушення виявляється у середньому ступені тяжкості. Разом з тим під час аналогічних порушень у дівчаток прояви дизонтогенезу виявляються більш грубій формі. Мозок таких дітей працює за рахунок компенсаторних механізмів. Традиційні загальноприйняті психолого-педагогічні методи корекції у багатьох випадках не дають результатів [2].

Нейропсихологічні дослідження засвідчують про неоднорідність проявів гіперкінетичного синдрому і дозволяють виявити кілька його варіантів. Так, лонгітюдне дослідження дітей від 5 до 9 років дозволило виявити 4 типи відхилень вищих психічних функцій у зазначеної категорії дітей [1; 38].

Перший тип пов'язаний з дефіцитарністю базальних структур мозку, затримкою становлення функціональної лівопівкульної домінантності і недостатністю корково-підкоркової регуляції. З віком для дітей з таким типом гіперактивності характерним є ослаблення симптомів і нормалізація поведінки. В онтогенезі відзначається запізнення у встановленні домінантної руки, труднощі формування і утримання рухових програм, порушення мнестичної діяльності в ланці вибіркості.

Другий тип гіперкінетичного синдрому характеризується дисфункцією правої півкулі в поєднанні з дефіцитарністю базальних (підкоркових) структур мозку. Цей варіант онтогенезу відрізняється вираженою нестійкістю вікової динаміки. Розвиток дітей, оволодіння ними когнітивними та соціальними навичками супроводжується періодичним посиленням гіперактивності. Пік гіперактивності і порушень взаємодії з однолітками у

цієї групи дітей відбувається у 5-річному віці. У віці 7-8 років відзначається позитивна динаміка, а в 9 років – повторне наростання симптомів.

Третій тип розвитку гіперкінетичного синдрому характеризується первинною функціональною дефіцитарністю базальних структур мозку, що уповільнює формування просторових функцій (задні відділи правої півкулі), а також функцій програмування і контролю (лобові частки лівої півкулі). Також у дітей спостерігається зниження інтелектуальної діяльності. З віком відзначається позитивна динаміка, хоча її повільна.

Четвертий тип гіперкінетичного синдрому характеризується збереженням базальних структур мозку при вираженій несформованості регуляторних структур (лобові частки лівої півкулі). Відзначається недостатність мовленнєвого програмування і контролю у забезпеченні послідовного виконання серійних дій, інертність під час відтворення завченого матеріалу, персеверації, нестійкість соціальних контактів, агресія, некерованість [1].

В свою чергу, у нейрофізіологічних дослідженнях Т.Г.Горячевої й А.С.Султанової [14] виділяються три групи дітей з СДУГ.

Першу групу склали діти з первинними дисфункціями в підкоркових стовбурових структурах мозку, у яких страждає функціональний розвиток префронтальних зон кори.

У другу групу об'єднані діти з первинними дисфункціями в підкоркових стовбурових структурах мозку, у яких страждає функціональний розвиток кори переважно базальних лобових відділів.

Третя група дітей характеризується первинною функціональною недостатністю префронтальних відділів кори головного мозку.

Авторами підкреслюється, що порушення уваги у дітей перших двох груп являють собою безпосередні прояви дефіциту активації, що виявляються у підвищеній виснаженості й порушенні уваги на фоні зниження

гіперактивності в умовах створення ігрової ситуації. На відміну від цих груп, діти третьої групи здатні тимчасово пригнітити відволікання за умови спеціальної організації матеріалу, або під час введення ігрового контексту у процесі виконання завдань [14].

Більшість дослідників відзначають три основних блоки проявів гіперкінетичного синдрому: гіперактивність, порушення уваги, імпульсивність (Н.Н. Заваденко Ю.С. Шевченко та ін).

Гіперактивність виявляється у надмірній руховій активності та постійному руховому неспокої, численних сторонніх рухах, на які дитина часто не звертає уваги. Для дітей з цим синдромом характерною є надмірна балакучість, нездатність всидіти на одному місці, порушення сну. У руховій сфері у них спостерігається порушення рухової координації, несформованість дрібної моторики та праксису.

Порушення уваги можуть виявлятися в труднощах її утримання, у зниженні вибірковості і вираженому відволіканні з частими перемиканнями з одного заняття на інше. Такі діти характеризуються непослідовністю в поведінці, забудькуватістю, невмінням слухати і зосереджуватися, частою втратою особистих речей. Вони намагаються уникнути завдань, що потребують тривалих розумових зусиль. Проте показники уваги таких дітей схильні до істотних коливань. Якщо діяльність дитини пов'язана з зацікавленістю, захопленістю і задоволенням, то вони здатні утримувати увагу годинами.

Імпульсивність виявляється в тому, що дитина часто діє не подумавши, перебиває інших, може без дозволу встати і вийти з класу. Крім того, такі діти не вміють регулювати свої дії і підкорятися правилам, чекати, часто підвищують голос, емоційно лабільні [39].

Отже, гіперкінетичний синдром – це складний вид дизонтогенезу, який характеризується розладами уваги, руховою розгальмованістю та

імпульсивністю поведінки, що виникає внаслідок мікроорганічних пошкоджень головного мозку у пренатальний, натальний та ранній постнатальний періоди розвитку. Це одна із основних причин виникнення шкільних труднощів у молодших школярів.

1.2. Психолого-педагогічні прояви гіперкінетичного синдрому

За психолого-педагогічною симптоматикою молодші школярі з гіперкінетичним синдромом поділяються на декілька груп:

1. Діти, у яких синдром гіперактивності супроводжується вираженим порушенням координації рухів: загальної моторики – під час реалізації рухової програми у просторі, дрібної моторики – у процесі реалізації рухів на площині (на дошці, в зошиті, на столі тощо).

2. Діти з порушеннями сприйняття просторово-часових відношень: спотворення сприйняття форм і розмірів оточуючих предметів, а також співвідношення між ними, труднощі розуміння причинно-наслідкових зв'язків, послідовності подій, що відбуваються.

3. Діти з порушенням координації рухів очей і рук під час письма, малювання, конструювання тощо.

4. Діти, у яких спостерігаються змішані форми синдрому гіперактивності на фоні затримці психічного розвитку і мовленнєвій патології: аномальний розвиток когнітивних процесів, розлад емоційно-вольової сфери, вади мовлення [23].

Виражені порушення у сфері пізнавальних процесів в учнів з гіперкінетичним синдромом викликані розладами слухового гнозису. Зміни слухового гнозису виявляються у нездатності правильно оцінити звукові комплекси, які складаються із серії послідовних звуків, неможливістю їх відтворити. Ці симптоми супроводжуються недоліками зорового сприйняття,

інфантильністю і неконкретністю мислення, на які постійно впливають одномоментні імпульси [9].

Діти із зазначеним синдромом характеризуються неоднорідністю порушених і збережених операцій психічної діяльності та яскравою нерівномірністю формування різних сторін психічної діяльності [3].

Слід відмітити серед особливостей розумової діяльності учнів з гіперкінетичним синдромом – циклічність. Молодші школярі здатні продуктивно працювати 5 – 10 хв, потім 3 – 7 хв. мозок відпочиває, накопичуючи енергію для наступного циклу. У цей момент дитина відволікається і не реагує на вчителя. Потім розумова діяльність відновлюється і дитина знову готова до роботи протягом 5 – 10 хв. У зазначеній категорії дітей увага не зосереджена, вони можуть «впадати» і «випадати зі стану зосередженості, особливо за відсутності рухової стимуляції, їм необхідно рухатися, щоб залишатися активними [37].

Порушення уваги можуть виявлятися в труднощах її утримання, у зниженні вибірковості й вираженій зниженій зосередженості з частими переходами з одного заняття на інше. Такі діти прагнуть уникати завдань, що потребують тривалих розумових зусиль. Учень перериває виконання завдання на середині і не доводить його до кінця, постійно переходячи від одного виду діяльності до іншого, і виглядає це так, ніби він втрачає інтерес до попередньої справи, відволікаючись на наступну. Водночас, показники уваги таких дітей коливаються. Якщо діяльність дитини пов'язана з зацікавленістю, захопленістю й задоволенням, вона здатна утримувати увагу годинами [44].

Мислення у в учнів з гіперкінетичним синдромом характеризується невпорядкованістю, переважно конкретні форми. Часто виникають труднощі з такими абстрактними поняттями, як час і простір. Характерними є знижений запас слів, збіднене мовлення, неточність у визначенні понять та видовій

диференціації. Маючи в цілому достатні інтелектуальні можливості для засвоєння навчальної програми, діти навчаються нерівно й не досить успішно. Неуспішність у навчально-пізнавальній діяльності породжує негативні тенденції у формуванні мотивації до навчання [7].

Пам'ять дітей із синдромом гіперактивності характеризується певними особливостями, що в багатьох випадках пов'язані з порушенням уваги, підвищеною стомлюваністю, незрілістю ЦНС і з іншими відхиленнями, що впливають, насамперед, на фіксування подій і предметів у пам'яті.

Розлади короткочасної пам'яті можуть виявлятися у зменшенні обсягу запам'ятовування, підвищеному гальмуванні сторонніми подразниками, уповільненому запам'ятовуванні. При цьому посилення мотивації або організація матеріалу дає компенсаторний ефект, що свідчить про збереження корковою функції по відношенню до пам'яті.

Однією з основних причин недостатньої продуктивності мимовільної пам'яті у гіперактивних дітей є зниження їх пізнавальної активності [22].

Можна визначити особливості порушення пам'яті у в учнів початкових класів з гіперкінетичним синдромом:

- зниження обсягу пам'яті й швидкості запам'ятовування;
- мимовільне запам'ятовування менш продуктивне, ніж в нормі;
- механізм пам'яті характеризується зниженням первинного запам'ятовування, час, що потрібен для повного заучування наблизений до норми;
- домінування наочної пам'яті над словесною;
- зниження довільної пам'яті;
- порушення механічної [22].

На початковому етапі систематичного навчання у школярів з гіперкінетичним синдромом виявляється неповноцінність диференційованих

форм зорового і слухового сприйняття, недостатність планування і виконання складних рухових програм.

У дітей цієї групи недостатньо сформовані і просторові уявлення: орієнтування в напрямках простору досить тривалий період відбувається на рівні практичних дій. Часто виникають труднощі під час просторового аналізу та синтезу ситуації [31; 36].

Діти з гіперкінетичним синдромом зазвичай мають розлади у поведінці, що виявляються у:

а) опозиційних розладах (дитина не слухається, робить все навпаки, вимагає, щоб все було так, як вона хоче, постійно порушує правила і заборони);

б) асоціальних розладах (школяр поводить себе не просто войовничо, а асоціально, агресивно, може красти, тікати з дому) [3].

Отже, основними психолого-педагогічними симптомами гіперкінетичного синдрому є:

1. Неуважність:

— не здатність зосередитись на деталях, помилки через неуважність у виконанні завдань або дій;

— труднощі утримання уваги на завданні або грі;

— труднощі запам'ятовування необхідних речей, необхідних для виконання завдань або іншої діяльності;

— підвищена відволікаємість на сторонні подразники.

2. Надмірна активність:

— нездатність всидіти на місці, постійна рухова активність навіть на уроці;

— моторна незграбність;

— неможливість спокійно відпочивати або грати;

- невтомність у руховій активності;
- нестримність мовлення (багатослів'я на фоні низької інформативності повідомлення).

3. Імпульсивність:

- нездатність дослухати запитання до кінця;
- нетерплячість, неможливість очікування;
- втручання в діяльність та розмови інших дітей та дорослих [17].

Отже, труднощі опанування навчальним матеріалом у молодших школярів з гіперкінетичним синдромом зумовлені не інтелектуальними порушеннями, а специфічністю розвитку вищих психічних функцій на фоні мінімальної органічної симптоматики пошкодження головного мозку.

1.3. Особливості мовленнєвого розвитку молодших школярів з синдромом гіперактивності

Мовлення відіграє важливу роль у загальному психічному розвитку дитини, її особистісному становленню та соціальній адаптації. У той же час психічні процеси, особливості їх перебігу, здійснюють безпосередній або опосередкований вплив на мовленнєвий розвиток та опанування навичками комунікації [27].

У дітей з гіперкінетичним синдромом спостерігаються різноманітні порушення мовленнєвої функції. Слід зазначити, що максимальна вираженість синдрому збігається з критичними періодами психомовленнєвого розвитку у дітей. Навіть на момент вступу до школи більшість учнів із зазначеним порушенням мають системне недорозвинення усного мовлення, що негативно впливає на опанування ними процесами читання й письма.

Для експресивного мовлення молодших школярів із гіперкінетичним синдромом є характерними: бідний словниковий запас, порушення звуковимови, недостатня сформованість лексико-граматичної будови мовлення, порушення операцій словозміни та словотворення, дискоординація між дихальним, голосовим та артикуляційним відділами мовленнєвого апарату внаслідок швидкої вимови, не сформованість зв'язного мовлення. При багатослівності, мовленнєві висловлювання неповні, в них порушена логіка викладення думки, що засвідчує про порушення внутрішньої програми побудови мовленнєвих висловлювань [38; 40; 46].

Порушення функції активної уваги, неуважність та труднощі запам'ятовування на слух призводять до порушення процесу формування понять, що може вторинно мати негативний вплив на розумовий розвиток дитини з гіперактивністю [28].

Як засвідчують дослідження Т.С.Шишової, у зазначеній категорії учнів на момент вступу до школи в тому чи іншому ступені виявляється несформованою як система рідної мови, так і операції лінгвістичними кодами на практичному рівні, що обмежує можливість переходу до засвоєння мови на більш високому – теоретичному рівні, а також до усвідомлення складних лінгвістичних закономірностей [46].

Що стосується імпресивного мовлення, то на фоні достатнього розуміння зверненого мовлення учні з гіперактивністю довгий час сприймають слова, що вживаються у переносному значенні, буквально. Незнайомі слова сприймаються ними переважно за аналогією з раніше відомими, спираючись на звукову подібність. (Н.І. Ципіна). Певні труднощі виявляються під час розуміння складних логіко-граматичних конструкцій. Це пояснюється, з одного боку, несформованістю мовних операцій, а з іншого – нездатністю дослухати фразу до кінця, втратою установки [38; 44].

Дослідження Т.В. Ахутіної, А.В. Сиротюк, Л.І.Трофименко, Л.С.Цветкової та інших науковців засвідчили, що молодші школярі з гіперкінетичним синдромом зі значними труднощами опановують навичками письма. З другого класу в них діагностується дисграфія як наслідок порушення будь-якої з функціональних компонентів письма: операцій з переробки слухової, кінестетичної, зорової і зорово-просторової інформації; серійної організації рухів і мовлення, програмування і контролю діяльності, вибіркової активації [2; 4; 38; 39; 42].

Отже, у молодших школярів з гіперактивністю на фоні рухових розладів та яскраво вираженого дефіциту уваги спостерігається специфічне порушення всіх видів мовленнєвої діяльності, обумовлене несформованістю мовної системи рідної мови, недостатністю опанування лінгвістичними операціями на практичному рівні, що призводить до порушень формування усного мовлення та вторинних розладів навичок письма.

РОЗДІЛ 2

Напрями та зміст формування усного мовлення у молодших школярів із гіперкінетичним синдромом

2.1. Організація, зміст та результати експериментального дослідження

Виявлення рівнів сформованості усного мовлення в учнів молодшого шкільного віку із гіперкінетичним синдромом можливо тільки за умови застосуванням діагностичного комплексу, який спрямовано на дослідження мовлення як системи, що складається із взаємопов'язаних компонентів: звуковимови, фонематичних процесів, словникового запасу, граматичної будови мовлення. Крім того ми виходили з положення про те, що мовлення виконує такі провідні функції, як комунікативна, гносеологічна та регулююча [27; 30; 42 та ін.]. Остання безпосередньо пов'язана з довільною поведінкою дитини.

Відповідно, *метою* експериментальної роботи було вивчити стан сформованості усного мовлення молодших школярів з гіперкінетичним синдромом та виявити вплив регулюючої функції мовлення на опанування довільною поведінкою зазначеною категорією учнів.

Виходячи з мети нами сформульовано провідні *завдання* дослідної роботи:

1. Підібрати діагностичний комплекс для виявлення рівня сформованості усного мовлення у молодших школярів із гіперактивністю.

2. Інтерпретувати кількісні показники стану сформованості усного мовлення та регулюючої функції мовлення учнів із гіперкінетичним синдромом, охарактеризувати особливості розвитку компонентів мовленнєвої системи у зазначеної категорії учнів.

3. Визначити психолого-педагогічні умови корекційно-розвивального навчання та розробити напрями логопедичної роботи з формування усного мовлення у молодших школярів із гіперкінетичним синдромом.

Експериментальну роботу було проведено на базі 1-2-х класів Херсонських ЗОШ №1, 51 та 55. Загалом у дослідженні брали участь 10 дітей із гіперкінетичним синдромом, 6, з яких навчаються за інклюзивною формою.

Психолого-педагогічне обстеження молодших школярів здійснювалося в декілька прийомів, кожна процедура за часом проведення не перевищувала 30 хв, для підвищення продуктивності виконання завдань через кожні 10-15 хвилин дитині давали відпочити. Експериментальна робота тривала упродовж березня-травня 2021 року.

Підібраний нами комплекс діагностичних методик складався з трьох блоків:

Блок I – Дослідження компонентів усного мовлення.

Блок II – Дослідження комунікативної функції мовлення.

Опишемо методику проведення дослідження з кожного блоку.

Блок I – Дослідження компонентів усного мовлення (методики логопедичного обстеження, розроблені Г.О.Волковою [10], О.Е.Грибовою [13], Н.В.Кабельніковою [21], Р.І.Лалаєвою [26])

1.1. Дослідження сенсо-моторного рівня усного мовлення

Завдання I Виявлення стану фонематичного сприйняття

Інструкція: «Слухай уважно і повторюй за мною якомога точніше».

Хід проведення: експериментатор називає дитині склади, що містять опозиційні звуки і просять її повторити ланцюжки складів. Спочатку пред'являють перші дві пари складів – дитина повторює, потім другі пари у ланцюжку:

Ба – на -на – ба – ...; Са - за - за – са – ...; Жа – ца - ца – жа – ...; Са – ша - ша – са – ...; Ла – ра - ра – ла – ...; Ма – на –ма - на – ма - на –...; Да

- та – да - та – да – та – ...; Га – ка – га - ка – га – ка –...; За – са – за - са – за - са –...; Жа – ша – жа - ша - жа – ша – ...; Са – ша – са - ша - са – ша – ...; Ца – са – ца - са – ца – са – ...; Ча – та – ча - та – ча – та – ...; Ра – ла – ра - ла – ра – ла –...

Критерії оцінювання:

Оцінюється відтворення проби в цілому (ланцюжка з 4-х пар складів).

Високий рівень – точне і правильне виконання в темпі пред'явлення (3 бали).

Достатній рівень – перші дві пари відтворюються правильно, в другій – відбуваються перестановки складів (2 бали)

Середній рівень – неточне відтворення складів в обох парах з перестановкою, заміною, пропусками (1 бал)

Низький рівень – відмова від виконання, повна неможливість відтворення проби (0 балів).

Завдання 2 Вивчення рухливості органів артикуляційного апарату

Інструкція: «Дивись, як я виконую рухи, і повторюй за мною»

Хід виконання: Дитині, яка разом з експериментатором сидить перед дзеркалом пропонують виконати артикуляційні вправи за наслідуванням. Дорослий показує рухи, дитина дивиться, а потім повторює:

- губи в усмішці;
- губи «трубочкою» - округлені та витягнуті вперед;
- язик «лопаткою» - широкий, розпластаний язик спокійно лежить на нижній губі, рот відкритий;
- язик «голочкою» - вузький язик із загостреним кінчиком висунутий з рота, рот відкритий;
- язик «чашкою» - рот відкритий, широкий язик із піднятими вгору краями утворює «чашечку» або «ковш»;

— клацання язиком як «конячка»;

— «смачне варення» - рот відкритий, язик широкий, кінчиком широкого язика облизувати верхню та нижню губу (кінчик язика за межі кайми губ не виходить);

— «маятник» - рот відкритий, язик висунутий, кінчик язика рухається від лівого до правого кутка рота;

Критерії оцінювання:

Для того, щоб оцінити виконання артикуляційних рухів, дитину просять утримувати органи артикуляції в потрібному положенні 3 -5 секунд, останні три вправи необхідно виконати по 4 - 5 раз.

У момент виконання дитиною артикуляційних вправ слід звертати увагу на їх обсяг, темп виконання, точність конфігурації, симетричність, наявність синкінезій, тобто супутніх мимовільних рухів (наприклад, під час виконання вправи «маятник» нерідко спостерігаються супутні руху підборіддя, рідше голови або очних яблук слідом за язиком; синкінезії можуть спостерігатися і з боку моторики рук), гіперкінезів, тобто насильницьких рухів в м'язах мовленнєвого апарату, посиленого слиновиділення, тремору органів артикуляції, тобто тремтіння язика або губ, а також посиніння язика або носогубного трикутника.

Високий рівень – точне і правильне виконання рухів (3 бали).

Достатній рівень – правильне виконання рухів органів артикуляції з другого пред'явлення (2 бали)

Середній рівень – виконання з помилками, труднощі знаходження, утримання артикуляційної пози, труднощі переключення з одного руху на інший; наявність супутніх, насильницьких рухів, тремор органів артикуляції (1 бал)

Низький рівень – відмова від виконання, повна неможливість проби (0 балів).

Завдання 3 Вивчення стану звуковимови

Інструкція: «Слухай уважно. Я буду називати слова, а ти повторюй за мною»

Хід виконання: Експериментатор називає дитині серію слів і просить повторити:

Собака - маска - ніс; Сіно - вісь - насіння; Замок – коза - лаз; Зима - магазин; Ціна - вівця - палець; Шуба - кішка - очерет; Жук - ножі; щука - пащури - лящ; Чайка - качан - ніч; Риба - корова - цукор; Річка - коріння - двері; Лампа - молоко - сокіл; Літо - пальто - сіль.

З метою економії часу вимова звуків у реченнях та текстах окремо не перевірялися, оскільки уявлення про стан звуковимови на цих рівнях можна одержати під час самотійного мовлення дитини.

Критерії оцінювання:

Ми умовно поділили всі звуки на 5 груп: перші чотири - це приголосні пізнього мовленнєвого онтогенезу, які найчастіше порушуються у дітей: 1 група – свистячі [с], [с’], [з], [з’], [ц’]; 2 група – шиплячі [ш], [ж], [ч], [щ]; 3 група - сонорні [л], [л’]; 4 група – сонорні [р], [р’]) і 5 група – інші звуки, порушення яких зустрічаються значно рідше.

Бали, нараховані на кожну з п'яти груп, сумуються. Максимальна кількість балів за виконання всіх проб - 15.

Вимова звуків кожної групи оцінюється окремо за наступним принципом:

Високий рівень – точна і правильна вимова звуків в будь-яких формах мовлення(3 бали).

Достатній рівень – у самотійному мовленні порушена вимова 1-2-х звуків, ізольовано та відображено всі звуки дитина вимовляє правильно (2 бали)

Середній рівень – неправильна вимова 1 звуку з групи у всіх позиціях та формах мовлення у вигляді замін, спотворення або пропуску (1 бал)

Низький рівень – порушення вимови всіх чи більшості звуків з групи у всіх видах і формах мовлення або відмова від виконання завдання (0 балів).

Завдання 4 Вивчення звуко-складової структури слів

Інструкція «Я промовлятиму речення, а ти повторюй за мною. Будь уважним!»

Хід виконання завдання. Дитині пропонують прослухати речення та повторити його.

Речення для сприйняття на слух:

1. Бібліотекар видає книги.

2. Фізкультурники їдуть на змагання.

3. На паркані цвірінькають горобчики.

Критерії оцінювання:

Високий рівень – точне і правильне відтворення речення (3 бали).

Достатній рівень – під час відтворення речення допускається 1 помилка у вигляді спрощення складової структури слова або перестановки складів (2 бали)

Середній рівень – під час відтворення речення допускається 2 помилки у вигляді спрощення складової структури слова або перестановки складів (1 бал)

Низький рівень – під час відтворення речення допускається 3 і більше помилок у вигляді спрощення складової структури слова або перестановки складів; відмова від виконання завдання (0 балів).

1.2. Дослідження лексичної складової мовлення

Завдання 1 Вивчення сформованості видо-родових понять

Інструкція: «Уважно слухай слова та назви їх одним словом»

Хід виконання: Дитині пропонують ряд слів і просять, як можна їх назвати одним словом:

Яблуко, слива, апельсин – Огірок, капуста, цибуля – Лікар, кухар, слюсар – Лелека, горобець, ворона – Літак, велосипед, автомобіль – Диван, стіл, крісло – Ведмідь, білка, вовк – Зелений, синій, червоний –

Критерії оцінювання:

Високий рівень – позначання правильними видо-родовими поняттями всіх рядів слів (3 бали).

Достатній рівень – 1-2 помилки у позначанні видо-родовими поняттями (2 бали)

Середній рівень – 3-5 помилок у позначанні видо-родовими поняттями (1 бал)

Низький рівень – 6 та більше помилок у позначанні видо-родовими поняттями або відмова від виконання завдання (0 балів).

Завдання 2 Дослідження уміння називати предмети та їх частини

Інструкція: «Уважно роздивись малюнки, дай назву предметам і назви їх частини».

Хід виконання: Дитині пред'являли по-черзі картинки і просили їх назвати та назвати їх частини, наводячи приклад: Каструля – кришка, ручки. Дерево – стовбур, гілки, листя, коріння...

1) Лев (вуха, лапи, кігті, хвіст, вуса ...);

2) Лялька (ишя, чоло, брови, вії, щічки, долоні ...);

3) Дім (дах, стіни, вікна, підлога ...)

4) Автобус (колеса, двері, вікна, фари, кермо ...);

5) Чайник (кришка, ручка, носик ...);

6) Птах (крила, дзьоб, кігті, пір'я, лапи, хвіст ...).

Критерії оцінювання:

Високий рівень – швидко і легко називає предмет та його частини, не припускається помилок (3 бали).

Достатній рівень – називає 5-6 частин предмету, допускає 1-2 помилки, які самостійно виправляє (2 бали)

Середній рівень – називає 3-4 частини предмету, розуміє зміст завдання, допускає 2-3 помилки (1 бал)

Низький рівень – називає 1-2 частини предмету, або не розуміє змісту завдання і не може назвати предмет, допускає багато помилок, які самостійно не виправляє (0 балів).

1.3. Дослідження граматичної сторони мовлення

Завдання 1 Вивчення навичок словотворення

Інструкція: «Назви дитинчат тварин»

Хід виконання: Дитину просять відповісти, як називають дитинчат тварин після надання зразка, наприклад: У кози – козенята.

У вовка – ...; у білки – ...; у ведмедя – ...; у собаки – ...; у качки – ...; у курки – ...; у їжака – ...; у мишки –

Критерії оцінювання:

Високий рівень – швидко і легко називає дитинчат тварин, використовуючи правильний спосіб словотворення, не припускається помилок (3 бали).

Достатній рівень – називає дитинчат тварин, використовуючи правильний спосіб словотворення, допускає 1-2 помилки, які самостійно виправляє (2 бали)

Середній рівень – називає дитинчат тварин, використовуючи суфіксальний спосіб словотворення, допускає 3-4 помилки (1 бал)

Низький рівень – називає 1-2 дитинчат тварин, у всіх інших випадках використовує неправильний спосіб словотворення, помилки самостійно не виправляє; не розуміє змісту завдання (0 балів).

Завдання 2 Дослідження здатності до побудови повних речень, узгодження слів у реченні

Інструкція: «Подивись уважно на картинку і склади речення»

Хід виконання: перед дитиною по-черзі викладають сюжетні картинки і просять скласти речення. Перед виконанням діагностичної проби експериментатор наводить приклад.

Варіанти правильних відповідей:

Хлопчики грають м'ячем у футбол.

Дівчинка втікає від дощу (ховається під дерево від дощу).

Хлопчик перелазить через паркан.

Сонце виходить із-за хмар (заходить за хмари).

Кошеня грається клубочком ниток (дістає з-під ліжка).

Критерії оцінювання:

Високий рівень – швидко і легко складає поширені речення, не припускається помилок, правильно узгоджує слова у реченні (3 бали).

Достатній рівень – складає поширені речення, допускає 1-2 помилки на узгодженні слів у реченні, які самостійно виправляє (2 бали)

Середній рівень – складає переважно непоширені речення або припускається 2-3-х помилок на узгодження слів у реченні (1 бал)

Низький рівень – складає речення з пропуском головних членів, припускається численних аграматизмів на узгодження слів у реченні; не розуміє змісту завдання (0 балів).

Завдання 3 Вивчення здатності до граматичного структурування речень

Інструкція: «Послухай уважно! Я розпочну речення, а тобі потрібно його закінчити»

Хід виконання: Експериментатор відтворює дитині початок речення, а вона має його завершити:

Андрій промочив ноги, тому що

Оленка змерзла, хоча ...

Хлопчик образився, але...

Критерії оцінювання:

Високий рівень – швидко і легко доповнює всі речення, не припускається помилок (3 бали).

Достатній рівень – доповнює всі речення, допускає 1 помилку, яку виправляє після стимулюючої допомоги (2 бали)

Середній рівень – правильно доповнює 1 з 3-х речень (1 бал)

Низький рівень – не здатний доповнити жодне речення; не розуміє змісту завдання (0 балів).

Одночасно з дослідженням компонентів мовленнєвої функціональної системи під час відповідей молодших школярів з СДУГ ми відмічали особливості темпо-ритмічної організації мовлення, модуляції та тембрового забарвлення голосу, продуктивність мовленнєвого дихання.

Блок II – Дослідження комунікативної функції мовлення

Завдання I Вивчення зв'язного діалогічного мовлення

Інструкція: «Розглянь уважно картинку і побудуй діалог хлопчика з дівчинкою».

Хід виконання: Учню пропонують розглянути сюжетну картинку, на якій зображено дитяче свято, і просять скласти діалог – про що говорять дівчинка та хлопчик.

Критерії оцінювання:

Високий рівень – за картинкою складено поширений, зв'язний діалог, до якого привнесені події з власного досвіду дитини (3 бали)

Достатній рівень – діалог складається з 6-7 фраз, внесено додаткові деталі, що не зображено, але можуть бути включені у сюжет (2 бали);

Середній рівень – діалог складений із 4-5 фраз, що відображають події на картинці (1 бал);

Низький рівень – відтворення подій, зображених на картинці, 2-3 незв'язними, аграматичними фразами, які не схожі на діалог (0 балів).

Завдання 2 Дослідження зв'язного монологічного мовлення.

Інструкція: «Розглянь уважно картинки, склади їх послідовно та побудуй розповідь».

Хід виконання: Учні пропонуються врозсіп сюжетні картинки, які він має розкласти в правильній послідовності та скласти за ними розповідь

Критерії оцінювання:

Високий рівень – за серією сюжетних картинок складено досить велику, зв'язну розповідь, що складається з 8-10 фраз, з привнесенням подій, які не зображено на картинках (3 бали)

Достатній рівень – розповідь характеризується зв'язністю, складається з 6-7 фраз, внесено додаткові деталі, що не зображено, але можуть бути включені у сюжет (2 бали);

Середній рівень – розповідь складається із 4-5 фраз, що відображають події на картинках (1 бал);

Низький рівень – відтворення подій, зображених на картинках, 2-3 незв'язними, неповними аграматичними фразами, які не схожі на розповідь (0 балів).

Завдання 3 Вивчення вміння спілкуватися у конкретних соціально-побутових ситуаціях

Інструкція: «Уяви ситуацію: ти в іграшковому магазині і хочеш купити м'яч. Тобі потрібно пояснити, який саме м'яч тобі потрібен, для чого».

Критерії оцінювання:

Високий рівень – м'яч та для чого він потрібен, описано детально, з подробицями й самостійно (3 бали).

Достатній рівень – для того, щоб розпочати описувати м'яч та ситуації його використання потрібна допомога дорослого у вигляді навідного або

уточнюючого питання, далі виконання завдання відбувається самостійно (2 бали).

Середній рівень – виконання завдання викликає труднощі, дитина потребує допомоги з боку дорослого у вигляді питань, допущено багато помилок (2 бали).

Низький рівень – дитина робить спроби виконати завдання за допомогою дорослого, однак описи однослівні, незв'язні, або не розуміє змісту завдання і не може його виконати його (0 балів).

Після проведення комплексу діагностичних методик нами було здійснено інтерпретацію одержаних результатів.

Результати виконання діагностичних завдань Блоку I – Дослідження компонентів усного мовлення представлено у таблиці 2.1.

Одержані показники вивчення рівня сформованості сенсо-моторного рівня виявили, що 40% молодших школярів з гіперкінетичним синдромом на низькому рівні опанували фонематичним сприйняттям, рухливістю артикуляційного апарату, що призводить до труднощів опанування навичками письма. Додаткове вивчення письмової продукції цих школярів виявило у них заміни букв, які позначають звуки, схожі за акустико-артикуляційними ознаками.

Половина усіх учнів експериментальної групи (50%) мають низький рівень розвитку звуковимови – у них порушена вимова двох і більше груп звуків, що характеризується як поліморфна функціональна дислалія (артикуляційно-фонематична форма).

Дослідження лексичної складової усного мовлення молодших школярів із гіперкінетичним синдромом виявило переважно низький рівень опанування словниковим запасом: 70% дітей не оволоділи видо-родовими поняттями, 60% учнів показали низький рівень опанування здатністю називати частини предметів. Це засвідчую про бідність як пасивного, так і активного словника.

Таблиця 2.1.

**Показники рівнів виконання діагностичних завдань
за Блоком І – Дослідження компонентів усного мовлення у молодших
школярів із гіперкінетичним синдромом (у%)**

| Показники | Рівні | | | |
|--|---------|-----------|----------|---------|
| | Високий | Достатній | Середній | Низький |
| Сенсо-моторний рівень усного мовлення | | | | |
| Фонематичне сприйняття | - | 20 | 40 | 40 |
| Рухливість артикуляційного апарату | 10 | 20 | 30 | 40 |
| Звуковимова | - | 10 | 40 | 50 |
| Звуко-складова структура слів | - | - | 40 | 60 |
| Лексична складова усного мовлення | | | | |
| Видо-родові поняття | - | - | 30 | 70 |
| Назви предметів та їх частин | - | - | 40 | 60 |
| Граматична складова усного мовлення | | | | |
| Навички словотворення | - | 10 | 50 | 40 |
| Побудова речень, узгодження слів у реченні | - | 10 | 40 | 60 |
| Граматичне структурування речень | - | - | 30 | 70 |

Граматична будова мовлення у значної частини молодших школярів із гіперкінетичним синдромом також виявилася на низькому рівні сформованості. Це стосується навичок словотворення, умінь будувати речення та узгоджувати слова у реченні й особливо здатності до

граматичного структурування речень. На середньому рівні ці здатності сформовано у 50%,40% та 30% - відповідно.

Отже, одержані результати засвідчують про переважно низький рівень сформованості усного мовлення у молодших школярів із гіперкінетичним синдромом. Однаково низькі результати показували учні як перших, так і других класів.

Результати виконання діагностичних завдань Блоку II – Дослідження комунікативної функції мовлення представлено у таблиці 2.2.

Таблиця 2.2.

**Показники рівнів виконання діагностичних завдань
за Блоком II – Дослідження комунікативної функції мовлення у
молодших школярів із гіперкінетичним синдромом (у%)**

| Показники | Рівні | | | |
|---|---------|-----------|----------|---------|
| | Високий | Достатній | Середній | Низький |
| Зв'язне діалогічне мовлення | - | 10 | 50 | 40 |
| Зв'язне монологічне мовлення | - | - | 40 | 60 |
| Навички спілкування у соціально-побутових ситуаціях | - | - | 30 | 70 |

Результати виконання молодшими школярами з гіперактивністю діагностичних проб, спрямованих на вивчення стану розвитку комунікативною функцією мовлення засвідчують, що тільки 10% дітей оволоділи навичками зв'язного діалогічного мовлення на достатньому рівні, 50% - на середньому і 40% - на низькому. Зв'язне монологічне мовлення сформовано переважно на низькому рівні – 60% учнів і у 40% - на низькому. Навички соціально-побутового спілкування у молодших школярів майже не сформовані (30% - на середньому і у 70% - на низькому рівні).

Отже, можемо зробити висновок про низький рівень опанування комунікативною функцією мовлення у молодших школярів із гіперкінетичним синдромом, що значно ускладнює процес соціально-вербальної взаємодії зазначеної категорії учнів з їх однолітками.

Після аналізу результатів виконання завдань з двох блоків діагностичної методики, нами було визначено узагальнені рівні розвитку усного мовлення у молодших школярів із гіперактивністю (Рис.2.1.).

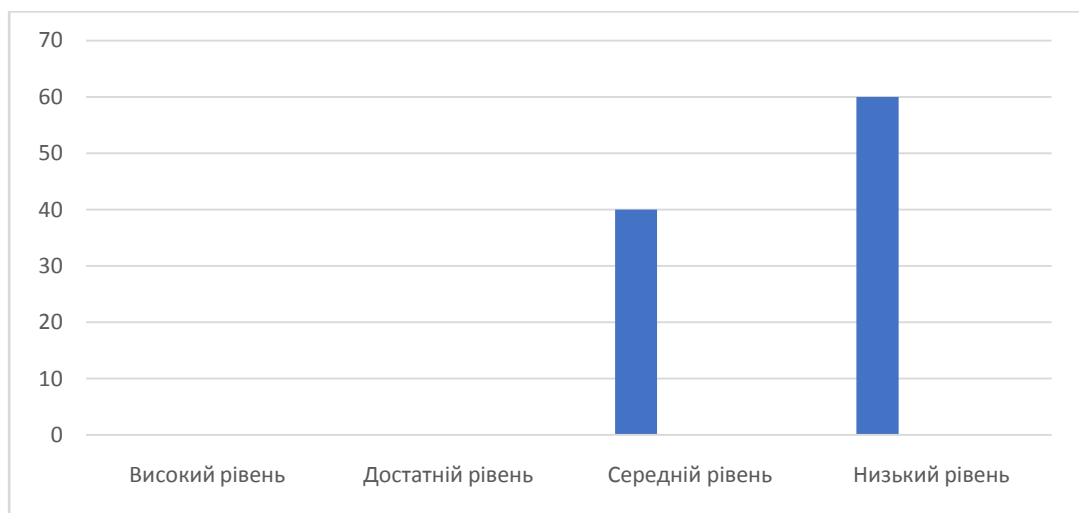


Рис. 2.1. Узагальнені рівні сформованості усного мовлення молодших школярів із гіперкінетичним синдромом

Таким чином, результати проведеного експериментального дослідження засвідчують про низький рівень сформованості усного мовлення – у 60% учнів початкових класів із гіперкінетичним синдромом та середній рівень – у 40% зазначеної категорії школярів. Тому необхідним є впровадження комплексу психолого-педагогічних заходів, спрямованих на корекцію та розвиток компонентів усного мовлення молодших школярів із гіперактивністю та цілеспрямоване формування у них навички користування мовленням як засобом спілкування та соціальної взаємодії з однолітками та дорослими.

2.2. Психолого-педагогічні умови формування усного мовлення у молодших школярів з гіперактивністю

Результати експериментального дослідження засвідчили про переважно низький рівень сформованості всіх компонентів мовленнєвої системи у молодших школярів з гіперактивністю. Це, в свою чергу, впливає на опанування здатністю до вербально-соціальної взаємодії як з однолітками, так і з дорослими.

На підставі аналізу літературних джерел та проведеного дослідження, нами визначено психолого-педагогічні умови, дотримання яких сприятиме підвищенню ефективності корекційно-розвивального втручання, спрямованого на розвиток експресивного мовлення у молодших школярів з гіперкінетичним синдромом.

1. Система логопедичного впливу має бути орієнтована на опанування дітьми як немовленнєвих, так мовленнєвих функцій, що зумовлено впливом рухової розгальмованості на розвиток усіх вищих психічних функцій [39].

2. Опора на аналізаторні системи у процесі формування мовленнєвих умінь та навичок: «Поліmodalність сприйняття забезпечується використанням схем, мовленнєвих профілів звуків, розрізної абетки, карток, ігрових вправ, технічних засобів навчання тощо» [11, с. 19].

3. Індивідуалізація та індивідуальний підхід до організації логокорекції та використання засобів, методів та форм навчання. «Такий підхід дозволяє враховувати особливості вищої нервової діяльності кожної дитини, соціальні умови виховання, ступінь працездатності, особливості

моторного розвитку, структуру мовленнєвого порушення, соматичний стан» [33, с. 82].

4. Розвиток всіх компонентів мовлення паралельно з руховим розвитком учня, особливу увагу приділяючи стимуляції розвитку дрібної моторики пальців рук: «З одного боку, дотримання цієї умови дозволить пригнічити моторну розгальмованість дитини, з іншого, - поєднання мовлення з руховим супроводом, сприяє розвитку регулюючої функції мовлення. Крім того, існує тісний взаємозв'язок між дрібною моторикою пальців рук та станом фонетичної сторони мовлення. Введення на логопедичних заняттях пальчикової гімнастики та елементів логоритміки прискорить корекцію звуковимови у зазначеної категорії учнів, удосконалить графо-моторні навички, що є складовою навички письма» [44, с. 71].

5. Мовленнєвий матеріал, що добирається для логопедичної роботи має бути узгоджено з Програмою з навчання грамоти (1 клас) та мовною й літературознавчою складовими шкільної програми (2-4 клас). «Добір мовленнєвого матеріалу добирається у відповідності з текстами, поданими у підручниках. Їх можна опрацьовувати попередньо на логопедичних заняттях, щоб надалі учень міг повноцінно включитися в освітній процес на уроці. Також тексти з підручників використовуються для закріплення сформованих логопедом мовленнєвих умінь. До того ж сформованість практичного рівня володіння мовою є необхідною умовою для вивчення мовних явищ і закономірностей оволодіння знань про мову на уроках з української мови» [29, с. 49].

6. Комплексний підхід до організації корекційно-розвивальної роботи: вплив невролога, логопеда, психолога, спеціального педагога, вчителя початкових класів. «Первинним є медичний вплив, що спрямовується на нормалізацію діяльності нервової системи, пригнічення моторної розгальмованості. У межах закладу загальної середньої освіти включаються

інші фахівці, робота яких має бути координована для одержання позитивного результату» [33, с. 35].

7. Постійне чергування на заняттях різних видів діяльності, що зумовлено підвищеною втомою молодших школярів з гіперкінетичним синдромом та швидкою виснажливістю їхньої уваги. Така тактика проведення корекційних занять дозволяє зняти психомоторне та психомовленнєве навантаження, а також зробити темп засвоєння матеріалу для цих дітей оптимальним [39].

8. Дотримання принципу від простого до складного, що передбачає поступове ускладнення матеріалу, у тому числі і мовленнєвого, а також пізнавальних завдань. «Це пов'язано із специфікою пізнавальної діяльності та особливостями особистісного розвитку зазначеної категорії учнів. Будь-яке завдання має бути розкладеним на більш прості складові, створюючи таким чином ситуацію успіху, що підвищує мотивацію дитини на виправлення своїх порушень» [23, с. 62].

9. Потреба у тривалому курсі корекційно-розвивального навчання. У зв'язку з тим, що порушення мовлення у молодших школярів із гіперкінетичним синдромом є стійкими та поліморфними, логопедична робота з ними має здійснюватися весь період навчання у початковій школі, а за необхідності, тривати і далі, наприклад за необхідності корекції дисграфії та дизорфографії здійснюється в більш тривалі терміни, ніж робота з нормотиповими учнями. Так само тривало має здійснюватися психологічна робота з розвитку різних видів уваги, пам'яті, формування контролю та самоконтролю, навичок саморегуляції, подолання слабкості вольових процесів, оскільки рухова розгальмованість з віком зникає, а слабкість психічних процесів залишається [24].

10. Здійснення зовнішнього контролю поведінки учня із гіперкінетичним синдромом на заняттях. Такі діти не здатні до

самоконтролю. До тих пір, поки навички самоконтролю та саморегуляції у них не сформовано, вони потребують контролю за власними діями та мовленням з боку дорослих, зокрема педагога. Поріг чутливості до негативних стимулів у таких дітей занадто високий, тому вони не сприймають покарання, але легко позитивно відповідають на найменшу похвалу. Це значить, що у взаємодії з учнями із гіперактивністю мають домінувати методи підтримки та винагороди, що сприяє розвитку позитивної мотивації на заняттях та уроках [31].

Отже, дотримання логопедом представлених психолого-педагогічних умов у процесі організації логокорекції з учнями початкових класів з гіперкінетичним синдромом буде сприяти оптимізації корекційно-розвивального втручання, а також дозволить створити таке корекційно-освітнє середовище, в якому розвиток та корекція мовленнєвої функції відбуватиметься на фоні комплексного та диференційованого підходів.

2.3. Напрями логопедичної роботи з корекції усного мовлення у молодших школярів з гіперкінетичним синдромом

Як уже зазначалося, розвиток дітей із гіперактивністю характеризується зниженням процесів саморегуляції, вираженими порушеннями структури діяльності, несформованістю довільної уваги (нестійкість, відволікання, труднощі з концентрацією і розподілом уваги), зниженням здатності до виділення істотних ознак і просторових операцій, зміною тривалості активних і релаксаційних циклів в діяльності мозку. В структурі зазначених симптомів недорозвинення мовлення у зазначеній категорії учнів набуває стійкого та системного характеру. Виходячи із зазначеного у логопедичній роботі з молодшими школярами із гіперкінетичним синдромом виділяють наступні напрями корекційно-розвивальної роботи [28; 29; 33; 43].

1. Корекція порушень звуковимови, диференціація, автоматизація звуків, артикуляцію яких сформовано або уточнено.
2. Розвиток фонематичних процесів (фонематичного сприйняття, звуковимовної диференціації фонем).
3. Формування навичок фонематичного (звуко-буквенного) аналізу та синтезу.

Зазначені напрями логопедичної роботи реалізуються на підготовчому етапі через вправи на розвиток артикуляційного праксису, розвитку дрібної моторики пальців рук, дихальні та фонаційні вправи, завдань на розвиток здатності розрізняти й виділяти звуки на слух тощо. На етапі постановки звуків використовуються загальні логопедичні способи (за наслідуванням, змішаним та механічним). Автоматизація та диференціація поставлених звуків відбувається також у традиційній послідовності (склади: прямі, обернені, зі збігом приголосних, інтервокальна позиція; слова: звук на початку, в кінці, в середині слова; односкладні, двоскладні, трьоскладні і т.д.; словосполучення; речення; тексти; самостійне мовлення). Навички фонематичного аналізу починають формувати з простих форм аналізу, потім – складні, з повним розбором звуко-буквенного складу слів, так само відпрацьовують операції фонематичного (звукового) синтезу [29].

4. Уточнення, збагачення та активізація словникового запасу.

У структуру лексичного складу мовлення входить: номінативний, предикативний і атрибутивний словники, а також словники службових частин мови (прислівники, займенники тощо). Неповноцінна мовленнєва діяльність у молодших школярів із гіперкінетичним синдромом негативно впливає на всі їх сфери діяльності та соціального життя: утруднюється розвиток її пізнавальної діяльності, знижується продуктивність запам'ятовування, порушується логічна і смислова пам'ять, школярі з труднощами опановують розумовими операціями, порушуються всі форми спілкування і

міжособистісного взаємодії, порушується навчальна діяльність. Тому розвиток лексичного складу мовлення є необхідною умовою для подолання як недорозвинення мовлення, так і покращення навчання учнів.

Робота проводиться за наступними напрямками:

- Співвіднесення предметів, дій, ознак з їх словесним позначенням (розвиток узагальнюючої функції слова).

- Формування розуміння призначення займенників.

- Формування розуміння значення дієслів та прикметників, протилежних за значенням.

- Формування розуміння прийменників та прислівників, які виражають просторові відношення

- Формування розуміння кількісних числівників.

- Розвиток здатності розрізняти предмети, дії та ознаки за числами, родами та відмінками.

- Розвиток розуміння відмінкових закінчень іменників чоловічого і жіночого роду однини і множини в називному, знахідному та родовому відмінках.

- Розвиток розуміння значення іменників зі зменшено-пестливими суфіксами.

- Розвиток розуміння форми однини і множини дієслів: минулого часу, зворотних та незворотних дієслів [42; 43].

5. Формування граматичної будови мовлення та зв'язного мовлення:

- розвиток навичок словотворення;
- розвиток навичок словозміни;
- розвиток граматичної системності мовлення;
- розвиток діалогічного мовлення;
- розвиток монологічного мовлення.

Робота у зазначених напрямках проводиться за методиками В.К.Воробйової [12], Н.В.Кабельнікової [21], Л.І.Трофименко [42], Т.Б.Філічевої [43] та ін. Важливе значення у корекції усного мовлення молодших школярів із гіперкінетичним синдромом має формування комунікативно-мовленнєвих навичок, якими діти можуть вільно користуватися під час спілкування у різних ситуаціях. Реалізація цього завдання відбувається через розвиток зв'язного діалогічного та монологічного мовлення. Дітей вчать ставити питання і відповідати на них, складати діалоги у реальних та уявних ситуаціях; переказувати оповідання, складати розповіді з опорою на серію сюжетних картинок, одну сюжетну картинку, опорну схему; описувати за алгоритмом предмети.

Для формування зв'язного мовлення у молодших школярів із гіперкінетичним синдромом доцільно використовувати метод формування описово-розповідного мовлення, спрямований на розвиток навички зв'язного викладення думок через засвоєння окремих закономірностей побудови зв'язного висловлювання.

Зв'язне мовлення як вид мовленнєвомисленнєвої діяльності, виконує важливу роль у навчанні молодших школярів з гіперактивністю, оскільки є засобом одержання знань. Тому застосування смислових моделей побудови зв'язних текстів сприяють формуванню у зазначеної категорії школярів смислових зв'язків та відношень, що становлять змістовну структуру мовленнєвого спілкування [11].

Систему предметно-смислових відношень дітям представляють як наочного графічний план, який буде відображати правила побудови як висловлювання, так і розповіді в цілому. Наочне моделювання – це відтворення істотних властивостей досліджуваного об'єкта, створення його заступника і робота з ним [12].

Метод наочного моделювання допомагає дитині візуально уявити абстрактні поняття (звук, слово, речення, текст), навчитися працювати з ними. Це особливо важливо для молодших школярів із гіперкінетичним синдромом, оскільки розумові завдання вони виконують краще за допомогою зовнішньої опори: наочний матеріал засвоюється краще вербального. На логопедичних заняттях широко використовують опорні схеми, що залучають до вирішення інтелектуального завдання зорову, рухову та асоціативну пам'ять. Робота з формування зв'язного мовлення відбувається паралельно з відпрацюванням інших напрямів логопедичного впливу, зокрема розвитком лексико-граматичної будови мовлення [11; 12].

Після застосування напрямів роботи із молодшими школярами із гіперкінетичним синдромом нами було проведено контрольний експеримент. Порівняльні показники за блоками завдань представлено у таблицях 2.3 та 2.4.

Таблиця 2.3.

**Порівняльні показники рівнів виконання діагностичних завдань
за Блоком І – Дослідження компонентів усного мовлення у молодших
школярів із гіперкінетичним синдромом (у%)**

| Показники | Рівні | | | | | | | |
|---------------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | Високий | | Достатній | | Середній | | Низький | |
| | Конст. експер. | Контр. експер. | Конст. експер. | Контр. експер. | Конст. експер. | Контр. експер. | Конст. експер. | Контр. експер. |
| Сенсо-моторний рівень усного мовлення | | | | | | | | |
| Фонематичне сприйняття | - | 10 | 20 | 30 | 40 | 40 | 40 | 20 |
| Рухливість артикуляційного апарату | 10 | 20 | 20 | 30 | 30 | 40 | 40 | 10 |
| Звуковимова | - | - | 10 | 20 | 40 | 50 | 50 | 30 |
| Звуко-складова структура слів | - | - | - | 10 | 40 | 60 | 60 | 30 |
| Лексична складова усного мовлення | | | | | | | | |
| Видо-родові | - | - | - | 20 | 30 | 40 | 70 | 40 |

| | | | | | | | | |
|--|---|----|----|----|----|----|----|----|
| поняття | | | | | | | | |
| Назви предметів та їх частин | - | 10 | - | 10 | 40 | 50 | 60 | 30 |
| Граматична складова усного мовлення | | | | | | | | |
| Навички словотворення | - | 10 | 10 | 20 | 50 | 40 | 40 | 30 |
| Побудова речень, узгодження слів у реченні | - | 10 | 10 | 20 | 40 | 40 | 60 | 30 |
| Граматичне структурування речень | - | - | - | 10 | 30 | 40 | 70 | 50 |

Результати порівняльного аналізу виконання молодшими школярами із гіперкінетичним синдромом діагностичних завдань першого блоку засвідчують про позитивну динаміку розвитку мовлення у зазначеній категорії дітей після проведеного формувального навчання. Позитивна динаміка спостерігалася за всіма досліджуваними показниками (сенсомоторний рівень, лексична складова, граматична будова мовлення). Так само як і на констатувальному етапі експерименту, контрольний зріз показав низькі показники сформованості граматичної будови мовлення (навички словотворення, вміння будувати речення та узгоджувати слова у реченні операцій граматичного структурування речень). Високому рівню відповідали 10% учнів із гіперактивністю (на етапі констатації – у жодної дитини не виявлено високого рівня), достатньому – 20% дітей, середньому – 40%.

Після формувального навчання ми виявили високий рівень сформованості мовленнєвої функції за окремими показниками: Фонематичне сприйняття, Рухливість артикуляційного апарату, Назви предметів та їх частин, Навички словотворення, Побудова речень, узгодження слів у реченні. Отже, за рівнем сформованості компонентів усного мовлення молодші школярі із гіперкінетичним синдромом перейшли на більш високий рівень, ніж до початку експериментальної роботи

Результати виконання діагностичних завдань Блоку II – Дослідження комунікативної функції мовлення представлено у таблиці 2.4.

Таблиця 2.4.

**Показники рівнів виконання діагностичних завдань
за Блоком II – Дослідження комунікативної функції мовлення у
молодших школярів із гіперкінетичним синдромом (у%)**

| Показники | Рівні | | | | | | | |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| | Високий | | Достатній | | Середній | | Низький | |
| | Конст. експер. | Контр. експер. | Конст. експер. | Контр. експер. | Конст. експер. | Контр. експер. | Конст. експер. | Контр. експер. |
| Зв'язне діалогічне мовлення | - | 10 | 10 | 20 | 50 | 50 | 40 | 20 |
| Зв'язне монологічне мовлення | - | - | - | 10 | 40 | 50 | 60 | 40 |
| Навички спілкування у соціально-побутових ситуаціях | - | - | - | 10 | 30 | 50 | 70 | 40 |

Результати виконання молодшими школярами з гіперактивністю діагностичних проб, спрямованих на вивчення стану розвитку комунікативною функцією мовлення, засвідчують також про позитивну динаміку: якщо до початку формувального навчання високий рівень оволодіння навичками зв'язного діалогічного мовлення у жодної дитини не виявлено, то під час контрольного експерименту цей показник склав 10%, достатній рівень збільшився на 10%, низький зменшився на 20%, а середній залишився незмінним – 50%.

Показники розвитку зв'язного монологічного мовлення також дещо змінилися – на 10% збільшився достатній та середній рівні, низький зменшився на 20%.

Таку ж саму динаміку виявлено під час дослідження навичок соціально-побутового спілкування у молодших школярів: на 10% збільшився достатній та середній рівні, низький зменшився на 20%.

Отже, можемо зробити висновок загалом про позитивну динаміку формування мовленнєвою функцією молодшими школярами із гіперкінетичним синдромом, покращення процесу їх соціально-вербальної взаємодії з однолітками.

Порівняльні показники узагальнених рівнів розвитку усного мовлення у молодших школярів із гіперактивністю представлено на рисунку 2.2.

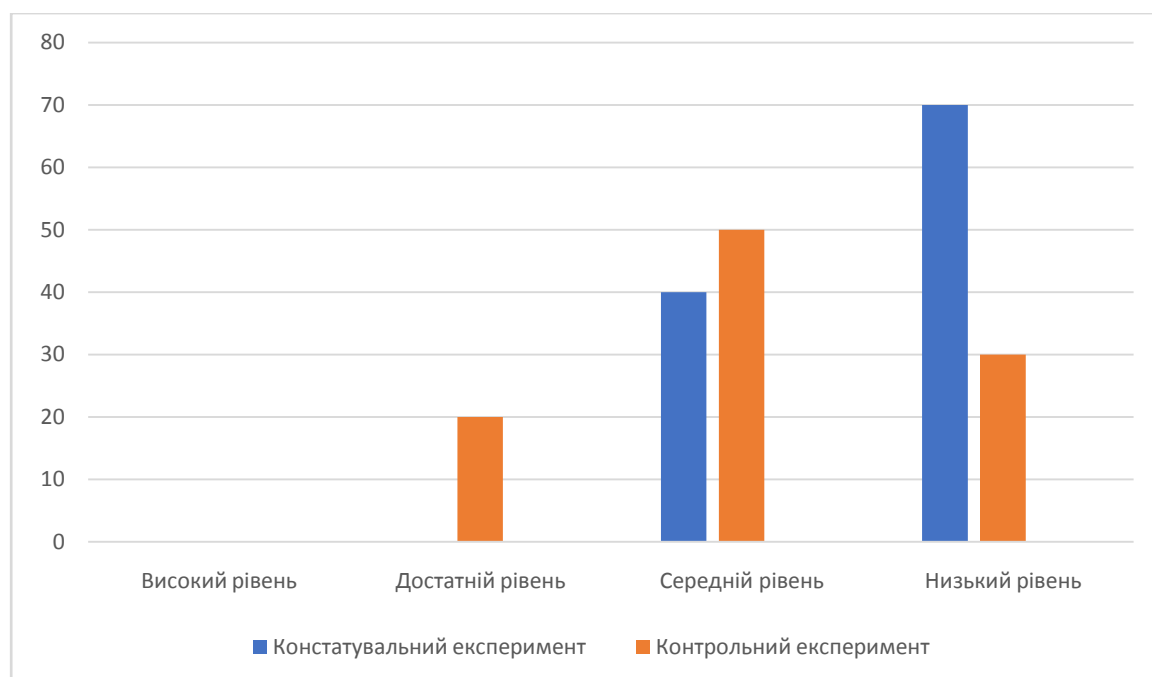


Рис. 2.2. Порівняльні показники рівнів сформованості усного мовлення молодших школярів із гіперкінетичним синдромом на констатувальному етапі дослідження та під час контрольного експерименту

Як засвідчує порівняльний аналіз одержаних результатів на констатувальному етапі експерименту та після проведеної корекційно-розвивальної роботи показники загальних рівнів сформованості мовлення

підвищилися: достатній рівень – на 20% (до початку формувального навчання жодна дитина його не показала), кількісні показники середнього рівня збільшилися на 10% і склали 50%, натомість кількість молодших школярів із гіперкінетичним синдромом зменшилися на 40% і склали 30%. За результатами контрольного експерименту, можна стверджувати про ефективність запропонованої методики корекційно-розвивального втручання.

Таким чином, логопедична робота, спрямована на формування усного мовлення у молодших школярів із гіперкінетичним синдромом, є складовою їх комплексного медико-психолого-педагогічного супроводу в умовах закладу загальної середньої освіти і передбачає корекцію та розвиток у зазначеної категорії учнів не тільки всіх компонентів мовленнєвої системи й озброєння навичками мовленнєвого спілкування в різних ситуаціях та сферах життєдіяльності, а й формування мовлення як регулятора власної поведінки.

ВИСНОВКИ

У процесі аналізу науково-теоретичної, методичної та спеціальної літератури з проблеми дослідження встановлено, що науковці виділяють три провідних симптоми в структурі гіперкінеичного синдрому: власне гіперактивність, порушення уваги та імпульсивність. Гіперактивність виявляється у нестримній руховій активності та постійному руховому неспокої, численних сторонніх рухах, порушенні рухової координації, несформованості дрібної моторики та праксису. Порушення уваги характеризуються нестійкістю, труднощами її утримання, зниженням вибірковості, поверхневостю. Імпульсивність виявляється у нездатності регуляції своєї поведінки і дій, підкорятися правилам тощо.

З'ясовано, що за психолого-педагогічною симптоматикою категорія учнів початкових класів із гіперкінетичним синдромом є неоднорідною. Виділяють групи дітей, у яких гіперактивність та дефіцит уваги поєднуються з:

- 1) вираженими порушеннями рухової координації;
- 2) стійкими порушеннями оптико-просторових та часових відношень;
- 3) порушеннями око-рухової координації під час письма, не сформованістю конструктивного праксису;
- 4) затримкою психічного розвитку та системним недорозвиненням мовлення.

Під час теоретичного вивчення особливостей проявів порушень мовленнєвого розвитку у молодших школярів з синдромом дефіциту уваги та гіперактивністю виявлено, що максимальна вираженість гіперкінетичного синдрому збігається з критичними періодами психомовленнєвого розвитку дитини. На момент вступу до школи у більшості першокласників із зазначеним порушенням виявляється системне недорозвинення мовлення різного ступеня тяжкості, що значно ускладнює засвоєння ними навичками

читання й письма. При збереженому імпресивному мовленні, молодші школярі із гіперкінетичним синдромом зазнають труднощів під час розуміння складних логіко-граматичних конструкцій та контексту фраз, що містять слова з переносним значенням, фразеологізми. Порушення власного мовлення зазначеної категорії дітей зумовлено несформованістю мовних операцій та закономірностей застосування мовних кодів у мовленнєвій діяльності з комунікативною метою.

Експериментальним шляхом встановлено, що у 60% молодших школярів із гіперкінетичним синдромом опанування усним мовленням відповідає низькому рівню та у 40% – середньому. У зазначеної категорії дітей несформованими є всі компоненти мовленнєвої системи: звуковимова, фонематичні процеси, лексична та граматична складові. Навички мовленнєвого спілкування таких дітей виявляються недостатніми для здійснення ними повноцінного спілкування та соціальної взаємодії як з їх однолітками, так і дорослими.

На підставі одержаних експериментальних даних було визначено психолого-педагогічні умови підвищення ефективності логопедичної роботи з учнями з синдромом дефіциту уваги та гіперактивністю, зокрема: спрямованість корекційно-розвивального процесу на формування немовленнєвих та мовленнєвих операцій; максимальне залучення аналізаторів під час вивчення нового матеріалу; здійснення індивідуального підходу до організації логопедичного впливу; формування усного мовлення у тісному взаємозв'язку з моторним розвитком дитини, навчанням читання та письма; тісний взаємозв'язок логопедичної, психологічної, спеціальної педагогічної та освітньої роботи; забезпечення постійної зміни видів діяльності на занятті; поступове ускладнення мовленнєвого матеріалу та завдань з метою підвищення мотивації до виправлення порушень; значна тривалість курсу корекційно-розвивального навчання; здійснення

зовнішнього контролю поведінки учня із гіперкінетичним синдромом на заняттях.

Виходячи зі структури мовленнєвої функціональної системи та результатів експериментального дослідження розроблено напрями логопедичної роботи з формування усного мовлення у молодших школярів з гіперактивністю:

1. Корекція порушень звуковимови, диференціація, автоматизація звуків, артикуляцію яких сформовано або уточнено.
2. Розвиток фонематичних процесів (фонематичного сприйняття, звуковимовної диференціації фонем).
3. Формування навичок фонематичного (звуко-буквенного) аналізу та синтезу.
4. Уточнення, збагачення та активізація словникового запасу.
5. Формування граматичної будови мовлення та зв'язного мовлення.

Порівняльний аналіз одержаних результатів на констатувальному етапі експерименту та після проведеної корекційно-розвивальної роботи показники загальних рівнів сформованості мовлення підвищилися: достатній рівень – на 20% (до початку формувального навчання жодна дитина його не показала), кількісні показники середнього рівня збільшилися на 10% і склали 50%, натомість кількість молодших школярів із гіперкінетичним синдромом зменшилася на 40% і склала 30%. За результатами контрольного експерименту, можна стверджувати про ефективність запропонованої методики корекційно-розвивального втручання.

Отже, процес формування усного мовлення в учнів початкових класів із гіперкінетичним синдромом передбачає озброєння їх навичками використання рідної мови на практичному рівні у різних ситуаціях мовленнєвого спілкування.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агрис А. Р., Егорова О. И. Матвеева Е.Ю. Нейропсихологические и нейрофизиологические исследования вариантов синдрома дефицита внимания с гиперактивностью. *Современная зарубежная психология*. 2012. № 1. С. 39-46.
2. Актуальные проблемы нейропсихологии детского возраста / под ред. Л.С. Цветковой. М.: МПСИ, 2010. 320 с.
3. Альтхерр П., Берг Л. Гиперактивные дети: коррекция психомоторного развития: учебное пособие для студентов высших учебных заведений. М.: Академия, 2004. 246 с.
4. Ахутина Т.В., Пылаева Н.М. Нейропсихолог в школе. М.: Владос, 2012. 271с.
5. Белоусова Е.Д., Никанорова М. Ю. Синдром дефицита внимания и гиперактивности. *Вестник перинатологии и педиатрии*. 2009. № 3. С. 39-42.
6. Брызгунов И.П., Касатикова Е.В. Дефицит внимания с гиперактивностью у детей. М.: Медпрактика, 2002. 128 с
7. Брызгунов И.П., Касатикова Е.В. Непоседливый ребенок, или все о гиперактивных детях. М.: Изд-во Института Психотерапии, 2001. 96 с.
8. Брызгунов И.П. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей. М.: Медпрактика, 1994. 111с.
9. Брызгунов И.П., Кучма В.Р. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей (вопросы эпидемиологии, этиологии, диагностики, лечения, профилактики и прогноза). М.: Академия, 1994. 249 с.
10. Волкова Г.А. Методика обследования нарушений речи у детей. СПб: СОЮЗ, 1993. С.30-42.
11. Волкова Ю.С. Опорні схеми для складання описових розповідей (для фронтальної, індивідуальної та індивідуально-групової роботи з дітьми

4-6 років). Дидактичний матеріал. Харків: Видавництво «Ранок», 2008. 16 с. (мал.).

12. Воробьева В.К. Методика развития связной речи у детей с системным недоразвитием речи: учеб. пособие. М.: АСТ: Астрель: Транзиткнига, 2006. 158 с.

13. Грибова О.Е. Технология организации логопедического обследования. М.: Айрис-пресс, 2005. 96 с.

14. Горячева Т.Г., Султанова А.С. Нейропсихологические особенности психического развития детей с синдромом гиперактивности. *В.М. Бехтерев и современная психология*. 2005. Т. 2. Вып. 3. С. 74-79

15. Дробинская А.О. Синдром гиперактивности с дефицитом внимания. *Дефектология*. №1. 1999. С.47-50.

16. Заваденко Н.Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте. М.: Академия, 2005. 256 с.

17. Заваденко Н.Н. Диагноз и дифференциальный диагноз синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей. *Школьный психолог*. №4. 2000. С. 2–6.

18. Заваденко Н.Н. Как понять ребёнка: дети с гиперактивностью и дефицитом внимания. *Дефектология*. 2000. № 5. С. 67-94.

19. Закон України «Про освіту». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2145-19#n41/> (дата звернення 21.06.2021.)

20. Захаров А.И. Предупреждение отклонения в поведении ребенка. М.: Нора-Принт, 1999. 103 с.

21. Кабельнікова Н.В. Первинне недорозвинення мовлення у дітей: клінічний, психолінгвістичний та психолого-педагогічний аспекти: Навчальний посібник. Херсон: ТОВ «Борисфен-про», 2017. 224с.

22. Калініна Ю. Гіперактивний розлад та дефіцит уваги. *Психолог*. 2006 . № 39. С.26 – 32.

23. Кошелева А. Д., Алексеева Л.С. Диагностика и коррекция гиперактивности ребенка. М.: НИИ семьи, 1997. 64 с.

24. Кузнєцова Л.Е., Гладько В.В. Психологічні особливості дітей з синдромом дефіциту уваги та гіперактивності, умови їх психокорекції. *Молодий учений*. 2016. №7. С.327 – 331.

25. Кэджусон Х., Шеффер Ч. Практикум по игровой психотерапии. СПб.:Питер, 2002. 416с.

26. Лалаева Р.И., Серебрякова Н.В. Коррекция общего недоразвития речи у дошкольников (формирование лексики и грамматического строя). СПб.: СОЮЗ, 1999. 160 с.

27. Леонтьев А.А. Язык, речь, речевая деятельность. М.:Просвещение, 1969. 214с.

28. Логопедия: Учебник для студентов дефектол. фак. пед. вузов / под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1998. 680 с.

29. Логопедія. Підручник / за ред. М.К. Шеремет. К.: Видавничий дім «Слово», 2018. 872 с.

30. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека. М.: МГУ, 1969. 324с.

31. Лютова Е.К. Шпаргалка для родителей: гиперактивные, агрессивные, тревожные и аутичные дети: психокоррекционная работа с гиперактивными, агрессивными, тревожными и аутичными детьми. М.: Творческий центр «Сфера», 2010. 318с.

32. Малых С.И. Работа с детьми с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью. URL: <https://logoped18.ru/logopedist/logopedicheskaya-rabota-s-detmi-s-sindromom-defitsita-vnimanija-i-giperaktivnostyu.php> (дата звернення 2.09.2021.)

33. Мони́на Г.Б. Гиперактивные дети: психолого-педагогическая помощь: Монография СПб.: Речь, 2007. 186 с.
34. Немов Р.С. Психология; в 3-х кн. М.: Академия, 1995. Кн.2. 411с.
35. Непосидько Ф., Макаренко С. Психолого-медико-педагогічна допомога гіперактивним дітям. *Шкільний світ*. 2008. № 47. С. 16-19.
36. Никанорова М.Ю. Синдром дефицита внимания и гиперактивности. *Вестник перинатологии и педиатрии*. 2000. №3. С.33- 36.
37. Политика О.И. Дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью. СПб.: Речь, 2005. 208 с.
38. Сиротюк А.Л. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью. Диагностика, коррекция и практические рекомендации родителям и педагогам М.: ТЦ Сфера, 2002 128 с.
39. Сиротюк А.Л. Детская гиперактивность: причины, рекомендации. *Дошкольное воспитание*. 2007 №8 С.44 - 51.
40. Славина Л.С. Важкі діти. К.: Світоч, 1998. 234с.
41. Тржесоглава З. Легкая дисфункция мозга в детском возрасте. М.: Медицина, 1986. 255с.
42. Трофименко Л.І. Шляхи подолання загального недорозвитку мовлення у дітей дошкільного віку: монографія URL: <https://lib.iitta.gov.ua/9760/1/монографія-2014-Трофименко.pdf> (дата звернення 24.08.2021.).
43. Филичева Т.Б., Чевелева Н.А., Чиркина Г.В. Основы логопедии: учеб. пособие для студентов пед. ин-тов по спец. «Педагогика и психология». М.: Просвещение, 1989. 223 с.: ил.
44. Чутко Л.С. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью и сопутствующие расстройства. СПб.: Хока, 2007. 234 с.
45. Шевченко Ю.С. Коррекция поведения детей с гиперактивностью и психопатоподобным синдромом. М.: Владос, 1997. 158с.

46. Шишова Т. Гіперактивний дитина. *Будь здоров.* 2005 . № 12. С.72 – 76.

ДОДАТКИ

Додаток А

КОДЕКС АКАДЕМІЧНОЇ ДОБРОЧЕСНОСТІ ЗДОБУВАЧА ВИЩОЇ ОСВІТИ ХЕРСОНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО УНІВЕРСИТЕТУ

Я, Ігнатенко Тетяна Петрівна, учасник(ця) освітнього процесу Херсонського державного університету, **УСВІДОМЛЮЮ**, що академічна доброчесність – це фундаментальна етична цінність усієї академічної спільноти світу.

ЗАЯВЛЯЮ, що у своїй освітній і науковій діяльності **ЗОБОВ'ЯЗУЮСЯ**:

- дотримуватися:
 - вимог законодавства України та внутрішніх нормативних документів університету, зокрема Статуту Університету;
 - принципів та правил академічної доброчесності;
 - нульової толерантності до академічного плагіату;
 - моральних норм та правил етичної поведінки;
 - толерантного ставлення до інших;
 - дотримуватися високого рівня культури спілкування;
- надавати згоду на:
 - безпосередню перевірку курсових, кваліфікаційних робіт тощо на ознаки наявності академічного плагіату за допомогою спеціалізованих програмних продуктів;
 - оброблення, збереження й розміщення кваліфікаційних робіт у відкритому доступі в інституційному репозитарії;
 - використання робіт для перевірки на ознаки наявності академічного плагіату в інших роботах виключно з метою виявлення можливих ознак академічного плагіату;
- самостійно виконувати навчальні завдання, завдання поточного й підсумкового контролю результатів навчання;
- надавати достовірну інформацію щодо результатів власної навчальної (наукової, творчої) діяльності, використаних методик досліджень та джерел інформації;
- не використовувати результати досліджень інших авторів без використання покликань на їхню роботу;
- своєю діяльністю сприяти збереженню та примноженню традицій університету, формуванню його позитивного іміджу;
- не чинити правопорушень і не сприяти їхньому скоєнню іншими особами;
- підтримувати атмосферу довіри, взаємної відповідальності та співпраці в освітньому середовищі;
- поважати честь, гідність та особисту недоторканність особи, незважаючи на її стать, вік, матеріальний стан, соціальне становище, расову належність, релігійні й політичні переконання;
- не дискримінувати людей на підставі академічного статусу, а також за національною, расовою, статевою чи іншою належністю;
- відповідально ставитися до своїх обов'язків, вчасно та сумлінно виконувати необхідні навчальні та науково-дослідницькі завдання;

- запобігати виникненню у своїй діяльності конфлікту інтересів, зокрема не використовувати службових і родинних зв'язків з метою отримання нечесної переваги в навчальній, науковій і трудовій діяльності;
- не брати участі в будь-якій діяльності, пов'язаній із обманом, нечесністю, списуванням, фабрикацією;
- не підроблювати документи;
- не поширювати неправдиву та компрометуючу інформацію про інших здобувачів вищої освіти, викладачів і співробітників;
- не отримувати і не пропонувати винагород за несправедливе отримання будь-яких переваг або здійснення впливу на зміну отриманої академічної оцінки;
- не залякувати й не проявляти агресії та насильства проти інших, сексуальні домагання;
- не завдавати шкоди матеріальним цінностям, матеріально-технічній базі університету та особистій власності інших студентів та/або працівників;
- не використовувати без дозволу ректорату (деканату) символіки університету в заходах, не пов'язаних з діяльністю університету;
- не здійснювати і не заохочувати будь-яких спроб, спрямованих на те, щоб за допомогою нечесних і негідних методів досягати власних корисних цілей;
- не завдавати загрози власному здоров'ю або безпеці іншим студентам та/або працівникам.

УСВІДОМЛЮЮ, що відповідно до чинного законодавства у разі недотримання Кодексу академічної доброчесності буду нести академічну та/або інші види відповідальності й до мене можуть бути застосовані заходи дисциплінарного характеру за порушення принципів академічної доброчесності.

19.10.2021
(дата)



(підпис)

Ігнатенко Т.П.
(ім'я, прізвище)