МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА СПЕЦІАЛЬНОЇ ОСВІТИ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

магістра

на тему **«ОСОБЛИВОСТІ ЛОГОПЕДИЧНОЇ РОБОТИ З ДІТЬМИ ПОЧАТКОВОЇ ШКОЛИ ІЗ СИНДРОМОМ ДЕФІЦИТУ УВАГИ ТА ГІПЕРАКТИВНІСТЮ»**

Виконала: студентка 2 курсу, групи 8.0163-з
спеціальності 016 «Спеціальна освіта»
освітньої програми «Логопедія»
І. С. Розстальна

Керівник: кандидат педагогічних наук;
професор кафедри соціальної педагогіки
та спеціальної освіти
Н. В. Заверико

Рецензент _____
_____

Запоріжжя 2025

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціальної педагогіки та психології
Кафедра соціальної педагогіки та спеціальної освіти
Рівень вищої освіти магістерський
Спеціальність 016 «Спеціальна освіта»
Освітньо-професійна програма «Логопедія»

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач кафедри _____
«____»_____2025 р.

ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТУ

Розстальній Ірині Сергіївні

1. Тема роботи: «Особливості логопедичної роботи з дітьми початкової школи із синдромом дефіциту уваги та гіперактивністю»
керівник роботи Заверико Н. В. канд. пед. н., професор
затверджена наказом ЗНУ від «___» _____ 2025 року № _____

2. Строк подання студентом роботи: 11.11.2025

3. Вихідні дані до роботи: матеріали виробничої практики

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити) з'ясувати сутність синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю, його причини та прояви у дітей молодшого шкільного віку; охарактеризувати психолого-педагогічні та мовленнєві особливості дітей із СДУГ; проаналізувати сучасні наукові підходи до організації логопедичної допомоги дітям молодшої школи із СДУГ; визначити ефективні напрями та методи логопедичної роботи з цією категорією дітей; сформулювати теоретично обґрунтовані рекомендації для логопедів та педагогів щодо підвищення результативності корекційно-розвивальної діяльності.

5. Перелік графічного матеріалу: таблиця 1.1. «Психологічні методи діагностики»

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали консультанта	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
Вступ	Заверико Н.В.		
Розділ 1	Заверико Н.В.		
Розділ 2	Заверико Н.В.		
Висновки	Заверико Н.В.		

7. Дата видачі завдання: _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ п/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Збір та систематизація матеріалу	жовтень	виконано
2	Написання вступу	листопад	виконано
3	Робота над першим розділом	грудень-квітень	виконано
4	Робота над другим розділом	травень-серпень	виконано
5	Написання висновків	жовтень	виконано
7	Оформлення роботи, рецензування	листопад	виконано
8	Захист	грудень	

Студент _____ Розстальна І. С.

Керівник роботи _____ Заверико Н. В.

Нормоконтроль пройдено

Нормоконтролер _____ Апухтіна В.В.

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота: 85 с., 1 табл., 57 джерел.

Мета дослідження: визначити та теоретично обґрунтувати особливості логопедичної роботи з дітьми молодшого шкільного віку із синдромом дефіциту уваги та гіперактивністю, окреслити ефективні напрями та методи корекційно-розвивальної допомоги.

Об'єкт дослідження: процес логопедичної роботи з дітьми молодшого шкільного віку із синдромом дефіциту уваги та гіперактивністю.

Предмет: особливості організації, змісту та методів логопедичної допомоги дітям початкової школи із синдромом дефіциту уваги та гіперактивністю.

Методи дослідження: аналіз і узагальнення наукової літератури з питань синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю та логопедичної допомоги дітям молодшого шкільного віку; порівняльний аналіз наукових підходів до організації логопедичної роботи з дітьми із СДУГ у вітчизняній та зарубіжній практиці; систематизація та класифікація наукових відомостей щодо мовленнєвих особливостей дітей із СДУГ і методів їх корекції; теоретичне моделювання можливих напрямів і умов ефективної логопедичної допомоги дітям молодшої школи із СДУГ; узагальнення практичного досвіду логопедичної роботи з дітьми із синдромом дефіциту уваги та гіперактивністю.

Теоретичне значення роботи полягає в уточненні та систематизації знань про психолого-педагогічні й мовленнєві особливості дітей молодшого шкільного віку із СДУГ, що дозволяє глибше зрозуміти механізми їхніх труднощів у навчанні та спілкуванні. Дослідження розкриває міждисциплінарний характер проблеми, поєднуючи медичний, біологічний, педагогічний та логопедичний аспекти, і збагачує теоретико-методичну базу логопедії та корекційної педагогіки. Запропоновані принципи, підходи й рекомендації можуть стати підґрунтям для подальших наукових досліджень та розробки практичних

методик логопедичної допомоги..

Практичне значення роботи полягає у тому, що її результати можуть бути безпосередньо використані у діяльності логопедів, учителів та психологів для організації ефективної допомоги дітям молодшого шкільного віку із СДУГ. У роботі подано конкретні методи й прийоми логопедичної роботи, що сприяють розвитку мовлення, уваги, пам’яті та самоконтролю, а також рекомендації щодо побудови структурованих занять, поєднання індивідуальних і групових форм, використання ігрових та мультимодальних методів. Отримані результати можуть застосовуватися в умовах спеціальної та інклюзивної освіти, у логопедичній практиці та в роботі з батьками, що забезпечує підвищення ефективності корекційно-розвивальної діяльності та сприяє соціальній адаптації дітей із СДУГ.

Галузь використання: заклади загальної середньої освіти; початкова школа

СИНДРОМ ДЕФІЦИТУ УВАГИ З ГІПЕРАКТИВНІСТЮ, МОЛОДШИЙ ШКІЛЬНИЙ ВІК, ЛОГОПЕДИЧНА ДОПОМОГА, ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ, МОВЛЕННЄВІ ПОРУШЕННЯ, КОРЕКЦІЙНО-РОЗВИВАЛЬНА РОБОТА, ПРОФІЛАКТИЧНИЙ НАПРЯМ, ІНДИВІДУАЛІЗАЦІЯ, ДЕФІЦИТ УВАГИ, СОЦІАЛЬНА АДАПТАЦІЯ.

SUMMARY

Rozstalna I. Peculiarities of speech therapy work with primary school children with attention deficit hyperactivity disorder. Zaporizhzhia, 2025. 96 p.

The qualification work consists of an introduction, 2 parts, findings, a list of references (57 items, 6 of them in a foreign language). The qualification work volume is 96 pages long, 85 of them – main text.

Relevance of the topic is determined by the growing number of primary school children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), who experience not only behavioral and learning difficulties but also significant speech disorders. This creates substantial barriers to their successful socialization, mastering of the school curriculum, and further development. In the current context of inclusive education, there is a need for scientifically grounded and practically effective approaches to speech therapy support, which combine speech correction with the development of cognitive and communicative skills and take into account the specific features of children with ADHD.

The aim of the research is to identify and theoretically substantiate the peculiarities of speech therapy work with primary school children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder, as well as to outline effective directions and methods of corrective and developmental assistance.

Object of the research – the process of speech therapy work with primary school children with ADHD.

Subject of the research – the peculiarities of organization, content, and methods of speech therapy support for primary school children with ADHD.

Research tasks:

– to determine the essence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder, its causes, and manifestations in primary school children;

– to characterize the psychological, pedagogical, and speech features of children with ADHD;

– to analyze modern scientific approaches to the organization of speech therapy support for primary school children with ADHD;

– to identify effective directions and methods of speech therapy work with this category of children;

– to formulate theoretically substantiated recommendations for speech therapists and teachers aimed at increasing the effectiveness of corrective and developmental activities.

Chapter 1 “Theoretical Foundations of Speech Therapy Work with Primary School Children with ADHD” presents the results of a theoretical analysis of Attention Deficit Hyperactivity Disorder – its essence, causes, and peculiarities of manifestations in primary school children; describes the psychological, pedagogical, and speech characteristics of children with ADHD; and defines modern approaches to speech therapy work with primary school children with ADHD.

Chapter 2 “Speech Therapy Support for Primary School Children with ADHD” substantiates the methodology of speech therapy diagnostics for ADHD; identifies methods and techniques of speech therapy support for children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder; and develops practical recommendations for speech therapy work with primary school children with ADHD.

Keywords: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), primary school age, speech therapy support, psychological and pedagogical characteristics, speech disorders, corrective and developmental work, preventive approach, individualization, attention deficit, social adaptation

ЗМІСТ

Вступ…… 9
Розділ 1. Теоретичні засади логопедичної роботи з дітьми молодшого шкільного віку із синдромом дефіциту уваги та гіперактивністю …… 13
1.1. Сутність, причини та особливості проявів у дітей молодшого шкільного віку синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю …… 13
1.2. Психолого-педагогічні та мовленнєві характеристики дітей із СДУГ .. 31
1.3. Сучасні підходи до логопедичної роботи з дітьми молодшої школи із СДУГ …….. 41
Розділ 2. Логопедична допомога дітям молодшого шкільного віку із СДУГ 51
2.1. Методика логопедичної діагностики при СДУГ …… 51
2.2. Методи та прийоми логопедичної допомоги дітям із синдромом дефіциту уваги та гіперактивністю ……... 62
2.3. Узагальнення та практичні рекомендації логопедичної роботи з дітьми молодшого шкільного віку із СДУГ……. 72
Висновки……. 83
Список використаних джерел …….. 86
Додатки …….. 93

ВСТУП

В умовах воєнного стану в Україні проблема організації логопедичної допомоги дітям з особливими освітніми потребами, зокрема із синдромом дефіциту уваги та гіперактивністю, набуває ще більшої гостроти. За даними Міністерства освіти і науки України, лише у 2022/2023 навчальному році понад 1,1 мільйона дітей стали внутрішньо переміщеними особами, що призвело до ускладнень у навчанні, зокрема через зміну освітнього середовища, втрату стабільних зв'язків із педагогами та логопедами, перебування в умовах стресу та тривоги. Для дітей із СДУГ ці фактори є особливо критичними, адже їхня навчальна мотивація, здатність зосереджувати увагу та ефективно опановувати мовлення напряму залежить від стабільності й підтримки. У Запорізькій області, яка знаходиться в зоні підвищеної небезпеки, потреба в індивідуалізованих формах корекційно-розвивальної роботи значно зросла – школи вимушені переходити на дистанційний або змішаний формат, що ставить додаткові задачі перед логопедами. Це актуалізує пошук нових підходів та адаптацію логопедичної практики до умов кризового освітнього середовища.

Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю є одним із найпоширеніших нейропсихологічних розладів у дітей, що суттєво впливає на їхній поведінковий, емоційний і мовленнєвий розвиток. За даними статистичного огляду, серед дітей віком до 12 років глобальна поширеність СДУГ становить приблизно 7-8 % від загальної кількості. Водночас в Україні, хоча точні останні статистичні дані відсутні, експерти відзначають, що ймовірні цифри не суттєво відрізняються від світових, і загальні цифри говорять про те, що близько 5 % дітей можуть мати прояви, що відповідають СДУГ. І звичайно, що це порушення у дітей молодшого шкільного віку створює певні проблеми для освітньої системи, адже мовлення – одна з ключових сфер розвитку, які страждають при СДУГ, і логопедична допомога стає критично важливою для нормалізації навчального процесу, соціальної адаптації та самостійної діяльності такої дитини.

Законодавча база України визнає право кожної дитини на освіту з урахуванням індивідуальних потреб, у тому числі дітей з особливими освітніми потребами. Новий Порядок організації інклюзивного навчання, зокрема Постанова КМУ від 15.09.2021 № 957, передбачає п’ять рівнів підтримки для учнів з ООП, визначення індивідуальної програми розвитку, участь логопеда, корекційного педагога та психолога у забезпеченні навчання. Додатково, Національна стратегія розвитку інклюзивного навчання до 2029 року, має на меті удосконалення системи підтримки школярів із ООП, серед яких і діти зі СДУГ, шляхом підсилення ресурсів, підвищення кваліфікації педагогів, створення адаптивного освітнього середовища.

Через воєнний стан, вимушені міграційні процеси, пошкодження інфраструктури, складнощі з кадровим забезпеченням та нестабільністю умов у багатьох регіонах, потреба в якісній, своєчасній логопедичній допомозі стає ще гострішою. Саме тому дослідження особливостей логопедичної роботи з дітьми початкової школи зі СДУГ – зокрема методів, умов і результативності є надзвичайно актуальним як для науки, так і для практики освіти в Україні.

Дослідженням проблематики синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю займалися як зарубіжні, так і українські вчені. Серед іноземних науковців варто виокремити Р. Барклі, С. Гольдштейна, Дж. Свансона, І. Прекоп, К. Швайцера, Дж. Пірса, У. Брека, Л. Летхінена, Г. Лаута, Р. Лемпа та ін. Серед вітчизняних дослідників значний внесок зробили М. Заваденко, Ю. Кропотов, Л. Алєксєєва, О. Романчук, Е. Панасенко, О. Ліхно, О. Голуб та багато інших. Так, Т. Маркова, Н. Атаманчук, Н. Науменко, І. Клименко вивчали емоційний розвиток дітей зі СДУГ; О. Голуб, А. Лесик, Н. Щербакова досліджували педагогічні умови виховання таких дітей; В. Годлевська, С. Грищенко займалися медико-соціальною складовою СДУГ. Сучасні науковці підкреслюють, що синдром дефіциту уваги з гіперактивністю істотно впливає на психічний розвиток дитини, процес її соціалізації та адаптації, а також визначає особливості життя у дорослому віці. На думку О. Тохтамиш, своєчасна діагностика та виявлення проявів гіперактивності у дошкільному віці створюють передумови для успішної

підготовки дитини до навчання в школі та її подальшої соціальної інтеграції. Сучасні клінічні дослідження демонструють наявність взаємозв'язку між синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю та проявами дитячої агресії, коморбідними деструктивними розладами поведінки, а також ризиком розвитку дислексії в подальшому. Отримані дані підтверджують необхідність своєчасної діагностики й корекційного втручання, що здатне зменшити ймовірність виникнення вторинних ускладнень у майбутньому.

Втім, незважаючи на велику кількість наукових досліджень в цій сфері, умови, які змінюються наразі чи не щодня, труднощі саме логопедичної роботи з цією категорією дітей, залишають проблему дуже актуальною. Тому, темою нашого дослідження обрано «Особливості логопедичної роботи з дітьми початкової школи із синдромом дефіциту уваги та гіперактивністю».

Об'єкт дослідження – процес логопедичної роботи з дітьми молодшого шкільного віку із синдромом дефіциту уваги та гіперактивністю.

Предмет – особливості організації, змісту та методів логопедичної допомоги дітям початкової школи із синдромом дефіциту уваги та гіперактивністю.

Мета даного дослідження – визначити та теоретично обґрунтувати особливості логопедичної роботи з дітьми молодшого шкільного віку із синдромом дефіциту уваги та гіперактивністю, окреслити ефективні напрями та методи корекційно-розвивальної допомоги.

Відповідно до мети визначено завдання дослідження:

- з'ясувати сутність синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю, його причини та прояви у дітей молодшого шкільного віку;
- охарактеризувати психолого-педагогічні та мовленнєві особливості дітей із СДУГ;
- проаналізувати сучасні наукові підходи до організації логопедичної допомоги дітям молодшої школи із СДУГ;
- визначити ефективні напрями та методи логопедичної роботи з цією категорією дітей;

- сформулювати теоретично обґрунтовані рекомендації для логопедів та педагогів щодо підвищення результативності корекційно-розвивальної діяльності.

Методи дослідження – аналіз і узагальнення наукової літератури з питань синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю та логопедичної допомоги дітям молодшого шкільного віку; порівняльний аналіз наукових підходів до організації логопедичної роботи з дітьми із СДУГ у вітчизняній та зарубіжній практиці; систематизація та класифікація наукових відомостей щодо мовленнєвих особливостей дітей із СДУГ і методів їх корекції; теоретичне моделювання можливих напрямів і умов ефективної логопедичної допомоги дітям молодшої школи із СДУГ; узагальнення практичного досвіду логопедичної роботи з дітьми із синдромом дефіциту уваги та гіперактивністю.

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ЛОГОПЕДИЧНОЇ РОБОТИ З ДІТЬМИ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ ІЗ СИНДРОМОМ ДЕФІЦИТУ УВАГИ ТА ГІПЕРАКТИВНІСТЮ

1.1 Сутність, причини та особливості проявів у дітей молодшого шкільного віку синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю

Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю розглядається сучасною наукою як комплексне нейропсихологічне порушення, що поєднує труднощі з концентрацією уваги, підвищену імпульсивність та надмірну рухову активність. Це одне з найбільш поширених відхилень у дитячому віці, яке, за даними зарубіжних і вітчизняних досліджень, виявляється у 3-8 % школярів. Виявлення та вивчення сутності цього синдрому має особливе значення, адже він впливає не лише на навчальну діяльність, а й на формування особистості дитини в цілому.

Проблема СДУГ багатофакторна, оскільки у її виникненні поєднуються біологічні, генетичні та соціально-психологічні чинники. Для молодшого шкільного віку характерними є прояви неуважності, порушення самоконтролю, надмірна рухливість, емоційна нестійкість, що ускладнює процес навчання та соціалізації. Саме тому наукове дослідження причин і особливостей проявів СДУГ у цей віковий період є важливим кроком до пошуку оптимальних шляхів педагогічної та логопедичної підтримки.

Проблема дитячої гіперактивності перебуває у центрі уваги дослідників у багатьох країнах світу, у тому числі й в Україні. Це зумовлено, по-перше, значною поширеністю цього явища серед сучасних дітей, а по-друге, тим, що прояви гіперактивності часто супроводжуються труднощами у навчальній діяльності та емоційними розладами, що у перспективі впливає на соціальну адаптацію та взаємини дитини з оточенням. Перші наукові описи надмірної рухливості дітей належать німецькому психоневрологу Г. Хоффману (1845 р.), а

детальну характеристику цього синдрому подав англійський педіатр Г. Ф. Стілл у 1902 році в циклі лекцій у Королівському медичному коледжі. Він зазначав, що гіперактивність, поведінкові порушення та дефіцит уваги за відсутності загального відставання психічного розвитку пов'язані з «дефектами морального контролю».

Як зазначає В. Годлєвська [2] та інші науковці, діти із синдромом дефіциту уваги та гіперактивністі формально належать до категорії нормального розвитку і здобувають освіту у звичайних загальноосвітніх школах. Водночас учні з таким діагнозом мають специфічні особливості психіки, поведінки та діяльності, які без належної психологічної й педагогічної підтримки зумовлюють низький рівень навчальної готовності, труднощі адаптації до шкільного середовища та проблеми у засвоєнні навчальних програм. Попри актуальність, ця проблема досі недостатньо розроблена у педагогічній психології.

СДУГ відносять до розладів нервової системи, що мають неврологічне підґрунтя і проявляються ще у ранньому дитинстві, зазвичай до початку шкільного навчання. Такі порушення створюють серйозні бар'єри для особистісного, соціального й подальшого професійного розвитку дитини, оскільки пов'язані з труднощами формування, збереження та використання певних умінь або знань. Розлади нервово-психічного розвитку можуть включати дефіцит уваги, порушення пам'яті та сприйняття, проблеми у розв'язанні завдань і труднощі соціальної взаємодії. До цієї групи також належать розлади аутистичного спектра, труднощі навчання (зокрема дислексія) та інтелектуальні порушення [2]. СДУГ вважають однією з форм мінімальної мозкової дисфункції, для якої характерні надмірна неадекватна активність, імпульсивність у соціальній і навчальній поведінці, труднощі у спілкуванні, проблеми навчальної успішності, порушення поведінки, а також низька самооцінка [3].

Як зазначає у своїх дослідженнях Л. Руденко [6], розлад дефіциту уваги та гіперактивності (в англомовному варіанті ADHD – Attention Deficit Hyperactivity Disorder) визначається як складний, хронічний і гетерогенний розлад розвитку, який типово починається в дитинстві та зберігається в дорослому віці. СДУГ є

найпоширенішим розладом розвитку нервової системи, який має значний вплив на особисте, соціальне, академічне та професійне функціонування та розвиток людини. Рівень СДУГ відзначається постійними проявами неуважності, дезорганізації та / або гіперактивності-імпульсивності.

О. Романчук визначає синдром дефіциту уваги з гіперактивністю як поліморфний клінічний синдром, у центрі якого лежить порушення здатності дитини контролювати й регулювати власну поведінку. Це виявляється у формі надмірної рухової активності, труднощів з увагою та імпульсивності. Розглядаючи СДУГ як розлад розвитку, дослідник підкреслює його ранній початок, стійкий характер проявів і їх неминучість у перебігу розвитку дитини. Особлива увага звертається на поліморфність цього розладу, що передбачає широкий спектр симптомів і дає змогу уникнути узагальнень, враховуючи різноманітність клінічних проявів.

Сучасні системи діагностики, зокрема Діагностично-статистичний посібник з психічних розладів (DSM) та Міжнародна класифікація хвороб (МКХ), відіграють ключову роль у стандартизації підходів до класифікації та встановлення психіатричних діагнозів. DSM-V нині вважається «золотим стандартом» у діагностиці психічних розладів. Відповідно до його положень, діагноз СДУГ базується на п’яти критеріях, серед яких основним є контрольний перелік із 18 симптомів, згрупованих у дві категорії: неуважність і гіперактивність/імпульсивність. При цьому симптоми мають проявлятися щонайменше у двох різних сферах діяльності дитини. DSM-V підкреслює, що одного лише контрольного списку недостатньо – для підтвердження діагнозу необхідно враховувати клінічну історію, яка включає біологічні, соціальні та психологічні чинники (APA, 2013) [6].

Серед педіатрів і психологів існує узгоджена позиція щодо принципів діагностики СДУГ (Efron, Sciberras, 2010). Найчастіше діагноз встановлюють на основі клінічного інтерв’ю (Parker, Corkum, 2016) та різних шкал оцінки поведінки (Canadian ADHD, 2020), які можуть заповнювати як батьки, так і вчителі дитини (Efron et al., 2016). Водночас процес діагностування нерідко

ускладнюється через різнорідність проявів СДУГ і відмінності у клінічних профілях дітей (Luo et al., 2019). Відповідно до останньої редакції Діагностично-статистичного посібника з психічних розладів (DSM-V), СДУГ визначається як стійка поведінкова модель, що характеризується неуважністю та/або гіперактивністю-імпульсивністю, яка негативно впливає на навчальну діяльність і повноцінний розвиток дитини (APA, 2013) [6].

Далі подано таблицю психологічних методів, що використовуються для диференціальної діагностики СДУГ у дитячому віці.

Таблиця 1.1 – Психологічні методи діагностики

Метод	Опис	Переваги	Недоліки
Клінічне спостереження	Систематичне відстеження поведінки дитини в різних умовах.	Дозволяє побачити реальну поведінку дитини у природних та навчальних ситуаціях.	Результати залежать від об'єктивності спостерігача; не завжди можна зафіксувати всі прояви.
Стандартизовані оціночні шкали	Використання інструментів, наприклад ADHD Rating Scale, для оцінки симптоматики.	Дає можливість стандартизовано оцінити симптоми та порівняти з нормативними показниками.	Не завжди враховує контекст конкретної ситуації чи особливості середовища.
Психологічні тести та анкети	Застосування психометричних методик для оцінки когнітивних і емоційних характеристик.	Забезпечує більш об'єктивні дані про рівень когнітивних навичок і стан емоційної сфери.	Не завжди відображають інтегративний вплив різних чинників на поведінку дитини.
Клінічні інтерв'ю	Бесіди з батьками, педагогами та самою дитиною для збору додаткової інформації.	Дають змогу отримати дані з різних джерел і краще зрозуміти контекст розвитку.	Залежність від суб'єктивності учасників, які надають інформацію.
Біологічні та нейропсихологічні тести	Застосування біомаркерів і спеціальних методик для оцінки фізіологічних параметрів.	Надають об'єктивну інформацію про фізіологічні аспекти стану дитини.	Потребують спеціалізованого обладнання та високої кваліфікації фахівців.

Діагностика кожного з компонентів СДУГ передбачає виявлення

щонайменше шести симптомів, які зберігаються протягом шести місяців і не відповідають віковому рівню розвитку дитини, суттєво впливаючи на її повсякденне функціонування. Важливо, щоб ці прояви спостерігалися щонайменше у двох різних середовищах – сімейному, соціальному чи освітньому – і не були наслідком інших психічних станів, таких як шизофренія, інтоксикація, депресія чи тривожні розлади.

Остання редакція Діагностично-статистичного посібника з психічних розладів (DSM-V) внесла кілька важливих уточнень у критерії діагностики СДУГ. Зокрема:

а) підвищено віковий поріг початку симптомів – тепер їх необхідно виявити до 12 років (раніше до 7 років);

б) вимогу щодо обов'язкового наявності функціональних порушень у кількох сферах життя змінено на необхідність фіксації симптомів неуважності чи гіперактивності-імпульсивності щонайменше у двох сферах;

в) виключено обмеження для осіб із розладами аутистичного спектра;

г) знижено вимоги до кількості симптомів у підлітків і дорослих – достатньо виявити ознаки порушення уваги та/або гіперактивності-імпульсивності [6].

Щодо використання психологічних тестів у діагностиці СДУГ існує певна обережність, адже їхній внесок зазвичай розглядається як допоміжний – для уточнення окремих випадків і виявлення сфер, які можуть ускладнювати навчальну та соціальну інтеграцію дитини. Крім того, наразі відсутній єдиний загальновизнаний інструмент для оцінки функціональних порушень у сфері регуляції та контролю психічних процесів, що підкреслює потребу в подальших дослідженнях у цьому напрямі. Водночас результати більшості традиційних психодіагностичних методик свідчать про те, що діти із СДУГ часто не демонструють значних відмінностей від ровесників із типовим розвитком.

Запропонований підхід до застосування методів диференціальної діагностики дитячих розладів має низку важливих переваг. По-перше, поєднання різних методів, представлених у таблиці 1, дає змогу отримати комплексну та

об’єктивну картину стану розвитку дитини. Так, клінічне спостереження дозволяє оцінити особливості поведінки у природних умовах, тоді як психологічні анкети й тести надають дані про когнітивні та емоційні характеристики. Такий комплексний підхід знижує ризик діагностичних помилок і підвищує точність встановлення СДУГ у дитячому віці.

По-друге, гнучкість методів диференціальної діагностики забезпечує їх адаптацію до потреб конкретної дитини та ситуації. Наприклад, клінічне інтерв’ю дозволяє зібрати контекстну інформацію від батьків, педагогів та інших учасників виховного процесу, тоді як біологічні й нейропсихологічні методики надають об’єктивні дані про фізіологічні аспекти. У результаті створюються умови для індивідуалізованого та збалансованого підходу до діагностики СДУГ у дітей [13; 14].

На думку закордонних авторів [11; 12], синдром дефіциту уваги з гіперактивністю пов’язаний із пониженим рівнем ключових нейромедіаторів – дофаміну та норадреналіну, які забезпечують передачу нервових імпульсів між базальними гангліями та префронтальною корою головного мозку. Норадреналін, що виконує роль хімічного посередника у вегетативній нервовій системі, відповідає за підтримку пильності, стану збудження, відновлення пам’яті. Він мобілізує організм, забезпечує енергетичний ресурс і готовність до дії, але водночас може провокувати тривожність та внутрішній неспокій.

Дофамін є органічною сполукою, яка залежно від локалізації зв’язку з рецептором у мозку може виступати як збудник або інгібітор. Його функції полягають у регуляції передачі нервових сигналів: збуджувальна дія підвищує ймовірність появи потенціалу дії, а гальмівна – блокує передачу сигналу на інший нейрон. Дофамін має вирішальне значення для процесів пам’яті та формування відчуття задоволення. Він необхідний для підтримки уваги: недостатній рівень дофаміну спричиняє дефіцит уваги, тоді як надлишковий викликає явище «дофамінової бурі».

Підвищений рівень дофаміну може призвести до появи різних патологічних станів:

- марень – відчуття уявних об’єктів або явищ, яких немає у дійсності;
- галюцинацій – помилкового зорового чи слухового сприйняття;
- маній – психічного стану з вираженою ейфорією, гіперактивністю та надзвичайно піднесеним настроєм;
- збудження – підвищеної активності нервової системи, що проявляється надмірною енергійністю, нервовістю та внутрішнім неспокоєм [12].

При дефіциті дофаміну виникає низка психічних та фізіологічних змін. По-перше, знижений рівень цього нейромедіатора часто супроводжується відчуттям втоми, браком енергії та загальної життєвої активності, що негативно впливає на мотивацію та емоційний стан. По-друге, нестача дофаміну суттєво позначається на когнітивних функціях: зменшується концентрація уваги, ускладнюється виконання завдань, які потребують високого рівня організованості та інтелектуальних зусиль. По-третє, у таких осіб знижується здатність розпочинати діяльність через відсутність необхідної енергії й внутрішнього стимулу, що негативно впливає на ефективність та продуктивність у різних сферах життя [14].

Окрім дисфункції дофамінової системи, із проявами СДУГ пов’язують і порушення у роботі норадреналінової системи, центр якої розташований у стовбурі мозку. Ця система комплексно впливає на роботу мозку, регулює активність префронтальної кори завдяки динамічному поєднанню тонічних і фазичних імпульсів, що безпосередньо впливає на увагу й контроль поведінки. Такі дані підтверджують когнітивно-енергетичну теорію, яка пояснює прояви СДУГ через дефіцит енергетичного забезпечення. Це може виявлятися як у загальному зниженні рівня активації, так і в локальних порушеннях, пов’язаних із вольовими процесами.

Дисфункція префронтальної кори спричиняє зменшення тривалості концентрації, зниження пильності, ослаблення короткочасної пам’яті, зменшення ефективності діяльності та труднощі в емоційній регуляції. Саме префронтальна кора відповідає за контроль поведінки, емоційних реакцій і

здатність приймати адекватні рішення. Тому у дітей із СДУГ часто спостерігається нестійкий фокус уваги та труднощі у здійсненні цілеспрямованої діяльності [13].

Згідно з когнітивно-регуляторною теорією Р. Барклі, саме порушення виконавчих функцій, спричинені дисфункцією префронтальної кори, становлять основу синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю. Головним механізмом виступає недостатній розвиток процесів самогальмування (Barkley, 2014). Цей механізм охоплює три взаємопов'язані компоненти:

1) пригнічення первинної реакції;

2) зупинку вже розпочатої дії;

3) контроль і блокування впливу сторонніх подразників.

Дослідження [12 та ін.] показали, що у дітей із СДУГ часто виявляються структурні відмінності в мозку, серед яких аномалії білої речовини, знижена щільність сірої речовини, зменшена товщина кори головного мозку (у дорослих), зменшені розміри окремих його ділянок, а також уповільнене дозрівання мозкових структур.

Диференційна діагностика СДУГ передбачає чітке розмежування цього розладу з іншими психічними та неврологічними станами. Зокрема, важливо відрізняти його від розладів аутистичного спектра, інтелектуальних порушень, розладу координації рухів, специфічних розладів навчання, а також від депресивних і тривожних розладів, опозиційно-зухвалої чи асоціальної поведінки. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, подібні стани нерідко поєднуються з проявами СДУГ і можуть ускладнювати процес діагностування.

Необхідність ретельного проведення диференційної діагностики важко переоцінити, адже саме вона забезпечує точне визначення патології та вибір відповідних стратегій лікування і підтримки дитини. Комплексний і систематичний підхід у цьому процесі дозволяє уникнути помилкових висновків та сприяє обґрунтованому вибору медичних і корекційних інтервенцій.

На думку Х. Присяжної [4], синдром дефіциту уваги з гіперактивністю

розглядається як складне й багатогранне явище, що потребує системного підходу для його всебічного дослідження та практичного розв’язання. Проведення комплексних наукових розвідок у цій сфері ускладнюється низкою теоретичних і методичних проблем. Досі немає єдності у поглядах фахівців різних галузей щодо природи СДУГ і його клініко-педагогічних проявів, що спричиняє суперечливі прогнози стосовно подальшого розвитку дитини, неоднозначність у діагностичних критеріях, а також різні підходи до організації навчання й корекційної підтримки. Системні інструменти, які б дозволяли досліджувати та коригувати СДУГ як цілісний феномен, залишаються недостатньо розробленими. Хоча в літературі часто наголошується на надмірній рухливості дітей із цим розладом (так званий «гіпердинамічний синдром»), центральним у його структурі є саме дефіцит уваги – ключовий компонент пізнавальної діяльності молодших школярів [4].

Високий рівень поширеності синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю серед дітей зумовлює потребу у поглибленому вивченні психологічних характеристик цієї групи та пошуку ефективних шляхів організації їх навчання [5]. Точні причини виникнення СДУГ залишаються невстановленими. Серед можливих чинників розвитку розладу науковці виокремлюють генетичні передумови, біохімічні та сенсомоторні особливості, фізіологічні й поведінкові фактори. До групи ризику відносять дітей із низькою масою тіла при народженні, особливо менше 1500 г., тих, хто зазнав черепно-мозкової травми, має дефіцит заліза в організмі, а також зазнав пренатального впливу алкоголю, нікотину чи наркотичних речовин. Водночас лише у менш ніж 5 % дітей із СДУГ фіксують ознаки органічних неврологічних ушкоджень.

Як зазначає більшість дослідників СДУГ, однією з ключових причин розвитку синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю вважаються нейробіологічні чинники, зокрема перинатальні ушкодження головного мозку. Дослідження свідчать, що значна частина дітей із СДУГ мала обтяжений акушерський анамнез: патологічний перебіг вагітності, загрози її переривання, асфіксію під час пологів чи ускладнені пологові процеси. Виявлено, що

церебральна ішемія, перенесена новонародженими, а також асфіксія та гіпоксія спричиняють порушення мозкового кровообігу, що відображається на розвитку структур, відповідальних за увагу, самоконтроль і регуляцію поведінки. Такі фактори істотно підвищують ризик формування симптомів гіперактивності й дефіциту уваги вже у ранньому віці [3; 7 та ін.].

Другим важливим напрямом у вивченні причин СДУГ є генетичні й біохімічні чинники. Ряд досліджень доводить спадкову схильність до розвитку цього розладу, яка може передаватися через поєднання декількох генів, що відповідають за регуляцію нейромедіаторних систем мозку. Порушення функцій дофамінергічної та норадренергічної систем, зниження активності префронтальних ділянок кори, базальних гангліїв та мозочка підтверджуються за допомогою нейровізуалізаційних методів. Це вказує на біохімічну та структурну основу СДУГ, що проявляється у вигляді нестабільної концентрації уваги, імпульсивності та надмірної рухової активності.

Водночас не можна недооцінювати й психосоціальні фактори ризику. Несприятливі умови виховання, високий рівень стресу в родині, педагогічна занедбаність або жорсткі методи виховання можуть посилювати прояви СДУГ. Часто гіперактивним дітям помилково ставлять діагноз без урахування органічних чи генетичних чинників, що призводить до гіпердіагностики. Однак у більшості випадків причини СДУГ є комплексними: поєднуються біологічні порушення (перинатальна патологія, неврологічні відхилення), генетична схильність та несприятливі соціально-психологічні умови. Саме такий багатофакторний підхід дозволяє повніше пояснити механізми виникнення та різноманітність проявів цього синдрому у дітей [7].

Відомий американський клінічний психолог і професор психіатрії Медичного центру Університету штату Вірджинія Рассел А. Барклі, один із провідних світових дослідників проблеми СДУГ, присвятив цій тематиці численні книги, наукові праці та сотні лекцій для фахівців і батьків. Учений визначав СДУГ як розлад розвитку (Barkley, 1997), підкреслюючи, що окремі психічні функції у дітей з цим синдромом формуються з відставанням від вікової

норми. Це відставання має хронічний характер і не є тимчасовим. Однією з центральних дефіцитарних функцій Барклі вважав гальмування, пов'язане з роботою лобних відділів мозку. Недостатня здатність до поведінкового гальмування проявляється у надмірній руховій і мовленнєвій активності – непосидючості, надмірній балакучості тощо. Додатково спостерігається когнітивна імпульсивність, коли дитина схильна приймати миттєві рішення й діяти без усвідомлення можливих наслідків. З віком зовнішня моторна гіперактивність часто трансформується у внутрішній стан – відчуття постійної потреби бути зайнятим, робити кілька справ одночасно, супроводжуване надмірною активністю думок. Як наголошує А. Барклі, неможливість адекватно контролювати емоції є невід'ємною характеристикою СДУГ [5; 12].

Перш ніж переходити до молодшого шкільного віку, розглянемо особливості СДУГ у дітей старшого дошкільного віку для того, щоб краще зрозуміти природу даного питання. Аналізуючи симптоми прояву СДУГ у дітей старшого дошкільного віку, важливо враховувати, які саме психічні процеси активно формуються у нормі в період 5-6 років, і як дефіцит гальмування, уваги, мотивації та саморегуляції може негативно на них впливати. Саме цей вік вважається базовим для розвитку багатьох пізнавальних функцій: вони поступово ускладнюються, стають більш диференційованими. Обсяг сприймання зростає, що сприяє розширенню можливостей уваги. Сюжетно-рольові ігри ускладнюються і тривають довше, завдяки чому дитина вчиться утримувати увагу, підвищується її стійкість і з'являються перші ознаки довільності. У нормальному розвитку відволікання поступово зменшуються, що забезпечує більш послідовний і логічний перебіг діяльності [12].

Найважливішим новоутворенням цього вікового періоду є становлення довільності особистості. Старший дошкільник здатний виконувати не лише інструкції дорослого, а й користуватися самоінструкцією, що розвиває послідовність дій та вміння розподіляти увагу. Довільна увага безпосередньо пов'язана з формуванням волі, яка забезпечує можливість контролювати імпульси та гальмувати небажані реакції. У цьому віці дитина вчиться

зосереджуватися на важливому й ігнорувати менш значущі, але привабливі подразники [10, с. 124].

Не менш важливим є й емоційний розвиток дошкільника. У 5-6 років дитина поступово навчається усвідомлювати власні емоції та почуття, регулювати їх відповідно до соціально прийнятих норм. Емоції починають інтеріоризуватися, з'являється здатність підпорядковувати імпульсивне «хочу» суспільно значущому «треба», що є фундаментом становлення особистості [1, с. 200]. Саме у цьому віковому періоді формується відчуття власної унікальності, ініціативності та здатності діяти. Це сензитивний період для розвитку уваги, мислення, пам'яті й сприймання. Якщо ж у дитини є труднощі у функціонуванні вищих психічних процесів, це може призвести до формування уявлення про себе як про неспроможну чи «слабку» особистість, що ускладнює подальший соціально-психологічний розвиток.

Як свідчать дослідження Л. Чопік [5], ще одним критерієм розвитку віку старшого дошкільника є інтерес до однолітків. Дитина вчиться взаємодіяти, спілкуватися та вирішувати конфлікти. Також у цьому віці у дитини з'являється низка обов'язків та завдань: прибирання кімнати, чищення зубів, підготовка до школи, виконання інструкцій та вказівок дорослих.

Таким чином, у старшому дошкільному віці прояви СДУГ стають найбільш виразними. Це пов'язано з активним дозріванням психічних процесів у мозку дитини, на тлі чого чіткіше помітні труднощі, властиві розладу дефіциту уваги з гіперактивністю. У цей період у дітей виникають проблеми з концентрацією, послідовністю дій, здатністю до тривалої діяльності та контролем емоційних реакцій. Дошкільник починає усвідомлювати власні успіхи й невдачі, формує ставлення до себе через оцінку і реакцію дорослих та ровесників. Відповідно до концепції вікової періодизації Е. Еріксона, саме в цьому віці відбувається становлення базової дилеми «ініціатива – вина». Якщо дитина постійно стикається з відчуттям власної неспроможності та невдоволенням з боку оточення, зростає ризик формування негативного ставлення до себе, що ускладнює розвиток ініціативності й самовираження у

майбутньому. Для дітей із СДУГ це особливо актуально, адже вони значно більш схильні до формування низької та нестабільної самооцінки.

Зазначимо, що старший дошкільний вік можна розглядати як критичний етап, коли прояви синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю стають особливо помітними та починають істотно впливати на формування самооцінки, ініціативності й соціальної поведінки дитини. Водночас саме цей період є підготовчим до нового важливого етапу – навчання у школі. Перехід у молодший шкільний вік висуває підвищені вимоги до довільної уваги, організованості, здатності до саморегуляції та цілеспрямованої діяльності. У дітей із СДУГ недостатня сформованість цих психічних процесів стає особливо проблемною, адже вони відразу ж відображаються на навчальних досягненнях, поведінці в колективі та соціальній адаптації.

За свідченнями В. Годлевської [2], у дітей із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю рівень готовності до шкільного навчання виявляється недостатнім. Це зумовлено слабкою сформованістю ключових компонентів, важливих для успішного навчання: ставлення до школи та власної особистості, здатності приймати й виконувати завдання, графічних умінь, зорового аналізу, довільної регуляції діяльності й навчальної мотивації. Порівняно з ровесниками, які мають інші індивідуальні особливості розвитку, діти із СДУГ демонструють нижчий рівень підготовленості до систематичного навчання [2, с. 75].

На початковому етапі шкільного навчання у дітей із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю можна спостерігати низку характерних проявів, які заслуговують особливої уваги. По-перше, це труднощі у засвоєнні навчальних предметів за умови збереженого інтелекту – дитина може мати проблеми з читанням і частково або зовсім не оволодівати цією навичкою. По-друге, відзначається відставання в емоційному розвитку: дошкільна безпосередність і надмірна емоційність у відповідь на критику чи невдачі, що робить поведінку «дитячою» на тлі нормального інтелектуального рівня. По-третє, характерною є занижена самооцінка, яка формується під впливом постійних зауважень і порівнянь з ровесниками. Це часто провокує негативне ставлення до оточення,

агресивність і прагнення уникати колективу.

По-четверте, типовою ознакою є нестабільність емоційного стану – різкі перепади настрою від сміху до сліз, запальний характер, імпульсивні вчинки, що можуть проявлятися у провокації конфліктів, киданні предметами чи псуванні речей. Дії дитини у таких випадках спонтанні й не обмірковані. По-п’яте, відсутність адекватного відчуття небезпеки створює серйозні ризики для життя і здоров’я: дитина може залізти на дах, перейти по тонкому льоду чи досліджувати закинуті будівлі, не усвідомлюючи можливих наслідків. Це є однією з причин високого рівня травматизму серед дітей із СДУГ. Нарешті, по-шосте, для них характерна низька стресостійкість, що ускладнює адаптацію до навчання та соціальних взаємин [15, с. 68].

Симптоми синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю зумовлені нестійкістю нервової системи дитини, якій важко засвоювати великі обсяги нової інформації. Надмірна рухливість і труднощі з концентрацією уваги розглядаються як своєрідна захисна реакція на надмірне навантаження нервової системи. Регулярні та інтенсивні шкільні вимоги можуть виснажувати компенсаторні можливості центральної нервової системи, що призводить до формування дезадаптаційного шкільного синдрому та посилення навчальних труднощів. Саме тому питання готовності до школи у дітей із гіперактивністю має вирішуватися індивідуально, за участі психолога та педіатра.

Дослідження Л. Платаш [16] свідчать, що серед хлопчиків віком від 7 до 12 років ознаки СДУГ виявляють у 2-3 рази частіше, ніж серед дівчаток. Гіперактивно-імпульсивний тип у хлопчиків зустрічається у 2-9 разів частіше, тоді як неуважний тип діагностується майже однаково у дітей обох статей. У підлітковому віці це співвідношення вирівнюється, а у віковій групі 20-25 років частіше діагностують СДУГ серед жінок. Така різниця пояснюється меншою спеціалізацією великих півкуль у дівчаток, що забезпечує кращі компенсаторні можливості мозку при ураженнях центральної нервової системи [16, с. 84]. Крім того, підтверджено, що синдром дефіциту уваги з гіперактивністю має спадкову схильність.

У дітей із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю спостерігаються різноманітні порушення у функціонуванні психічних процесів. У когнітивній сфері це проявляється ускладненим сприйняттям форми предметів, неточним розпізнаванням літер і цифр, що ускладнює оволодіння навичками читання та письма. Для таких дітей типовим є зменшений обсяг оперативної пам'яті, адже тимчасові асоціативні зв'язки формуються слабше, що негативно позначається і на довготривалій пам'яті. Порушення уваги є універсальною ознакою СДУГ – вони виявляються у неможливості тривалий час зосереджуватися на завданні, у недостатній пильності та труднощах підтримки уваги. При цьому, навіть маючи середній або вище середнього рівень інтелекту, такі діти характеризуються відносно обмеженим обсягом мислення.

Частина дітей із СДУГ (за різними даними від 30 % до 60 %) має мовленнєві порушення. Вони можуть виражатися у труднощах розуміння емоцій, інтонацій, реакцій чи інструкцій, сприйнятті гумору, а також у специфічних розладах письма, зокрема дисграфії [10, с. 5]. В емоційно-вольовій сфері відзначаються підвищена збудливість, імпульсивність, запальний характер, затримка емоційного розвитку, схильність до тривожності, депресивних станів, дратівливість та емоційна нестійкість.

У мотиваційній сфері для дітей із СДУГ характерні відсутність інтересу до систематичних занять, що потребують зосередженості, а також недостатня вираженість цілеспрямованої діяльності. Це ускладнює навчання і засвоєння програмного матеріалу, знижує рівень шкільної адаптації й формує додаткові бар'єри у соціалізації.

Для дітей із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю характерні специфічні поведінкові риси, серед яких упертість, неслухняність, задирливість, прояви негативізму, занижена самооцінка, агресивність, схильність до ризикованих дій та труднощі соціальної адаптації. У спілкуванні з ровесниками вони часто демонструють ворожість, надмірні вимоги, егоїстичність, відчувають складнощі у взаємодії, нерідко виявляють дефіцит емпатії та здатності до співпереживання. Такі особливості поведінки значно ускладнюють формування

суб'єктності учнів молодшого шкільного віку [14].

На сьогодні відсутній універсальний інструмент для діагностики СДУГ. Діагностичний процес передбачає виявлення ключових симптомів окремо та вимагає використання кількох різних методик. Одним із провідних методів є пряме спостереження, яке здійснюють кілька спеціалістів. Важливу інформацію надають батьки, вчителі та інші фахівці – психологи, психіатри, неврологи, що дозволяє скласти комплексне уявлення про стан дитини.

О. Виллегас [15] аналізуючи систему діагностики СДКГ, зазначає серед психологічних методик, які найчастіше застосовуються для обстеження дітей із підозрою на СДУГ такі:

1) шкала інтелекту Векслера для дітей – WISC-R (1974);

2) шкала розвитку дитячих навичок Маккарті (1972);

3) шкала інтелекту Стенфорд–Біне (1973).

Зокрема, шкала Векслера дає змогу оцінити як актуальні знання та вміння дитини, так і її потенційні можливості. Вона дозволяє виміряти рівень вербального інтелекту, особливості сприйняття та мислення, швидкість опрацювання інформації та показники робочої пам'яті. Цей інструмент використовується як для виявлення розумової відсталості чи обдарованості, так і для діагностики розладів навчання, СДУГ, легкої або помірної інтелектуальної недостатності. Його цінність полягає не лише у функції тесту інтелекту, а й у можливості застосування як клінічного інструменту та основи для розробки індивідуальних програм допомоги дитині. Важливо, що тест можна проводити навіть тоді, коли дитина ще не вміє читати й писати або має легкі мовленнєві порушення. Додатково значущими є психіатричні й неврологічні висновки, адже вони забезпечують комплексність діагностики та дають змогу здійснити диференційний підхід [15, с. 71].

На думку Н. Атаманчук [17], проблема забезпечення ефективності навчання дітей із гіперактивністю стає дедалі актуальнішою та привертає все більше уваги педагогів і шкільних психологів. Сучасна система освіти виявляється недостатньо пристосованою до потреб учнів із підвищеною

активністю та імпульсивністю, оскільки вони не вписуються у традиційні нормативні рамки поведінки й навчальної діяльності. У наявному вигляді освітній процес не може повною мірою задовольнити потреби такої дитини.

У школі провідною є навчальна діяльність, яка вимагає високого рівня інтелектуального напруження: уміння довго концентрувати увагу, завершувати розпочаті завдання, досягати певних результатів. Саме тут стають очевидними особливості гіперактивної дитини – непосидючість, неорганізованість, надмірна рухливість, які створюють серйозні труднощі у навчанні та взаємодії з педагогами.

На основі досліджень Н. Атаманчук [17] можна виокремити кілька особливостей, притаманних саме молодшим школярам із СДУГ.

По-перше, для таких дітей характерна надмірна рухова активність і розгальмованість. Вони постійно перебувають у русі, не можуть довго сидіти на одному місці, часто виявляють неспокій та тривожність. Їхня поведінка супроводжується безперервними рухами – від кручення на стільці до біганини та штовханини під час перерв. Такі діти нерідко говорять більше, ніж їхні ровесники, перебивають однокласників, проявляють нетерпимість і труднощі з очікуванням своєї черги. Це значно ускладнює навчальний процес і створює напруженість у взаєминах із педагогами та однолітками

По-друге, молодші школярі з СДУГ відзначаються серйозними труднощами з увагою та самоорганізацією. Вони легко відволікаються на сторонні подразники, не можуть тривалий час утримувати увагу на завданні, нерідко не завершують розпочатої роботи. Їм складно слухати пояснення вчителя до кінця та діяти послідовно, що призводить до пропуску важливих деталей. Водночас ці діти не мають затримки інтелектуального розвитку – вони володіють достатнім потенціалом для опанування програми, проте навчальні труднощі виникають через нестійку увагу, імпульсивність і відсутність сформованих навичок довільної регуляції

По-третє, у психоемоційній сфері гіперактивні школярі часто виявляють підвищену збудливість, нетерплячість, агресивність і різку зміну настрою. Вони

дуже чутливі до критики з боку дорослих, інколи ігнорують зауваження чи реагують на них емоційними спалахами. Це зумовлює проблеми у міжособистісних стосунках: однолітки не завжди приймають таких дітей у колектив, а самі школярі нерідко стають винуватцями конфліктів. Самооцінка в них зазвичай занижена, поведінка – імпульсивна й важко контрольована. Сукупність цих проявів створює значні труднощі у соціальній адаптації дітей молодшого шкільного віку із СДУГ.

Таким чином, підсумовуючи викладене, слід наголосити, що синдром дефіциту уваги з гіперактивністю є складним, багатофакторним і поліморфним розладом розвитку нервової системи, який поєднує у собі когнітивні, емоційні та поведінкові порушення. Його прояви формуються ще в дошкільному віці та стають особливо виразними у період молодшого шкільного дитинства, коли зростають вимоги до довільності, зосередженості та саморегуляції. Серед провідних причин виникнення СДУГ виокремлюють генетичні, біохімічні, неврологічні, перинатальні та соціально-психологічні фактори. Водночас чіткої єдності у визначенні етіології цього розладу досі немає, що зумовлює потребу у подальших міждисциплінарних дослідженнях. Сучасні підходи до діагностики ґрунтуються на поєднанні клінічного інтерв’ю, стандартизованих шкал, тестів та спостережень, але універсального інструменту діагностики не існує, що вимагає комплексного і системного аналізу кожного випадку.

Для молодших школярів із СДУГ характерні специфічні труднощі, що охоплюють сфери уваги, пам’яті, мислення, мовлення, емоційно-вольової та поведінкової регуляції. Такі діти зазвичай відзначаються підвищеною руховою активністю, імпульсивністю, неорганізованістю, частими емоційними спалахами та зниженим рівнем стресостійкості. Вони мають труднощі у навчанні та спілкуванні, відзначаються заниженою самооцінкою, що ускладнює процес їхньої шкільної адаптації та соціалізації. Таким чином, СДУГ варто розглядати не лише як медико-психологічну проблему, а й як важливий педагогічний виклик, що потребує комплексної підтримки з боку вчителів, психологів, логопедів і батьків. Це дозволить своєчасно зменшити негативний вплив

синдрому на розвиток дитини та сприятиме її успішній інтеграції у навчальне середовище й суспільство.

1.2 Психолого-педагогічні та мовленнєві характеристики дітей із СДУГ

У даному підрозділі вважаємо доцільним зосередити увагу на психолого-педагогічних та мовленнєвих характеристиках дітей із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю, адже саме ці аспекти визначають особливості їх навчальної діяльності та соціальної взаємодії. Молодші школярі з СДУГ, попри збережений інтелектуальний потенціал, демонструють труднощі з довільною регуляцією поведінки, концентрацією уваги, плануванням і завершенням завдань. Їхня поведінка нерідко супроводжується імпульсивністю, швидкими змінами настрою, підвищеною збудливістю та емоційною нестійкістю. Такі особливості негативно впливають як на успішність у навчанні, так і на міжособистісні стосунки з однолітками та педагогами, створюючи додаткові бар’єри у процесі соціалізації.

Важливим компонентом у структурі СДУГ є мовленнєвий розвиток, який у значної частини дітей має певні відхилення. За даними досліджень, у 30-60 % дітей із СДУГ виявляються порушення мовлення, що можуть проявлятися у дисграфії, дислексії, труднощах розуміння емоційно забарвлених висловлювань, гумору чи інструкцій. Обмежений обсяг оперативної пам’яті та знижена довільна увага ускладнюють засвоєння нових мовленнєвих і навчальних навичок. Тому аналіз психолого-педагогічних і мовленнєвих характеристик цієї категорії учнів є необхідною передумовою для вироблення ефективних методів навчання, логопедичної допомоги та створення сприятливих умов їхнього розвитку.

Як зазначає в своєму дисертаційному дослідженні Н. Гончаренко [21], психолого-педагогічні характеристики дітей із СДУГ проявляються насамперед у труднощах організації навчальної діяльності, попри достатній або навіть

високий рівень інтелектуальних здібностей. Такі учні швидко втрачають зосередженість, легко відволікаються на сторонні подразники, через що письмові роботи виглядають неохайними, з численними помилками та виправленнями. Їхня працездатність значно підвищується в умовах спокійної атмосфери та індивідуалізованого підходу, проте й тоді ефективність зберігається недовго. Це зумовлює відставання у формуванні базових навичок читання й письма вже у перший рік навчання, хоча до школи діти часто володіють необхідними вміннями .

Також, особливу увагу дослідники приділяють проблемам академічних навичок – приблизно 40 % дітей із СДУГ мають труднощі у навчанні, що проявляються як у власне засвоєнні предметних знань, так і в неможливості дотримуватися часових рамок. Вони повільніше виконують завдання, не доводять роботу до кінця, а їхня продуктивність суттєво знижується при виконанні нецікавих чи монотонних вправ. Крім того, у частини дітей спостерігаються супутні мовленнєві порушення, серед яких дисграфія, дислексія та дискалькулія, які ускладнюють оволодіння письмом, читанням і математичними діями. Сукупність цих проблем формує специфічний портрет школяра з СДУГ, якого часто помилково вважають «ледачим» або «неслухняним» [20; 21].

На думку Т. Соловйової [19], існують два ключові компоненти СДУГ – гіперактивність і дефіцит уваги. У науковій літературі гіперактивність трактується як стан, що включає надмірну рухову активність, підвищену збудливість, імпульсивність та труднощі з контролем поведінки відповідно до конкретної ситуації. Вона може проявлятися у постійному прагненні рухатися, непосидючості, різких перепадах настрою та проблемах із концентрацією на завданнях. Подібні риси значно ускладнюють навчальну діяльність, спілкування з оточенням і повсякденне життя дитини.

Як підкреслює М. Касьян, відповідно до міжнародних класифікацій психічних розладів (МКХ-10 та DSM-IV), синдром дефіциту уваги з гіперактивністю характеризується стійкими труднощами у зосередженні,

надмірною активністю, яка виявляється у постійному русі, неможливості довго залишатися на одному місці, а також імпульсивністю, що виражається у неспроможності контролювати миттєві пориви. Зазвичай ці симптоми стають помітними ще в дошкільному віці. Важливо, що вони є надмірними для певного вікового етапу та проявляються у різних умовах – у сім'ї, дитячому садку, школі чи в колі ровесників. При цьому інтелектуальний розвиток дитини зазвичай не має відхилень, однак через дефіцит уваги й труднощі у поведінковій регуляції навчальні досягнення та соціальні взаємини часто виявляються ускладненими [22].

Ще однією важливою особливістю є те, що, незважаючи на рухливість, імпульсивність та непосидючість, енергії як такої дитині не вистачає. За свідченнями науковців та практиків, спостерігаючи за такою дитиною, можна припустити, що в неї забагато сил, вільної енергії, і, наприклад, спрямування такої дитини у спорт, забезпечення активного фізичного навантаження дозволить вирішити частину проблем. Втім, як доводять дослідження, організм такої дитини виробляє набагато менше продуктивної енергії – втрата її через постійну безцільну рухову активність, імпульсивність та нестачу повноцінного відпочинку, зокрема сну, призводить до перевтомлення, метушливості, вдаваної енергійності, якої по суті не вистачає. І це, в свою чергу, негативно впливає на поведінку, підвищує імпульсивність, дратівливість тощо [19].

Іншу складову СДУГ – дефіцит уваги – дослідники описують як стан, що виявляється у труднощах із концентрацією та утриманням уваги на конкретному завданні чи діяльності, а також у схильності легко відволікатися на сторонні подразники. Діти з такою особливістю часто стикаються з проблемами в організації власної роботи, схильні забувати важливі деталі, припускатися помилок через неуважність і мати складнощі у виконанні завдань, які потребують тривалої та цілеспрямованої зосередженості. Подібні прояви істотно ускладнюють процес навчання й повсякденне життя, знижують рівень академічних досягнень та негативно впливають на соціальну адаптацію.

Дослідники медико-біологічного напряму Л. Танцура, О. Пилипець

наголошують, що для встановлення діагнозу СДУГ симптоми мають зберігатися щонайменше пів року та проявлятися настільки інтенсивно, щоб суттєво ускладнювати функціонування дитини в сім'ї, школі й соціальному оточенні. Це дає змогу підкреслити, що синдром дефіциту уваги з гіперактивністю не можна зводити лише до «важкої поведінки», адже він становить серйозне нейропсихологічне порушення, що потребує комплексної діагностики й кваліфікованого втручання. Як правило, офіційне підтвердження діагнозу здійснюють психіатри або психоневрологи, які враховують як клінічні прояви, так і особливості розвитку дитини [24].

У своїх роботах автори також підкреслюють зв'язок СДУГ із проявами мінімальної мозкової дисфункції (ММД). Остання виникає внаслідок порушення дозрівання структур головного мозку, що зазнали ранніх уражень центральної нервової системи. Залежно від локалізації пошкоджень клінічна картина може мати різні прояви – від труднощів у навчанні та емоційної нестабільності до проблем із увагою та контролем імпульсів. Таким чином, ММД і СДУГ розглядаються як взаємопов'язані феномени, обумовлені дисфункціями центральної нервової системи. У минулому термін «мінімальна мозкова дисфункція» широко використовувався для позначення широкого спектра неврологічних відхилень, однак із розвитком діагностичних систем більшість цих симптомів були інтегровані у сучасне розуміння СДУГ.

О. Клименко [23] у своїх дослідженнях говорить, що попри те, що СДУГ має чітко виражене медико-біологічне підґрунтя, у більшості випадків його симптоми вперше помічають саме батьки та педагоги у період старшого дошкільного та молодшого шкільного віку. Саме цей етап, коли дитина переходить від ігрової діяльності до систематичного навчання, виявляє основні труднощі: нестійкість уваги, імпульсивність, підвищену рухливість та емоційну збудливість. У дослідженнях А. Фрігеріо та колег запропоновано розглядати таких дітей крізь призму «ризику». Для спеціалістів у сфері психічного здоров'я це означає можливість розвитку серйозних психіатричних порушень у майбутньому; для вчителів – потенційну небезпеку для дисципліни в класі та

безпеки однолітків; для батьків – страх за соціальне майбутнє своєї дитини, яка може опинитися на маргінесі суспільства. Автори підкреслюють, що концепція ризику виконує регулятивну функцію: вона трансформує прогнозовані наслідки у конкретні дії, спрямовані на попередження негативного розвитку подій і вимагає моральної відповідальності за виховання та підтримку дитини [25].

Додаткові дані щодо впливу СДУГ на розвиток особистості наводять американські дослідники Е. Розенталь, Х. Брус та їхні колеги, чиї результати аналізує О. Клименко. Вони встановили, що від 2,1 % до 4,4 % дорослого населення відповідає діагностичним критеріям СДУГ, що підтверджує його персистентний характер. Водночас відзначається динаміка проявів: із віком симптоми гіперактивності зазвичай зменшуються, тоді як труднощі, пов’язані з концентрацією уваги, зберігаються та можуть навіть посилюватися. Це свідчить про необхідність своєчасної діагностики та системної допомоги дітям із СДУГ, щоб знизити ризики негативного впливу розладу на подальший особистісний і соціальний розвиток [23].

Загалом, наукові дослідники й практики підкреслюють, що у дітей із СДУГ досить часто спостерігаються проблеми мовленнєвого розвитку – вони можуть висловлюватися надто швидко, надмірно емоційно або ж нечітко. Такі труднощі безпосередньо пов’язані з дефіцитом уваги та імпульсивністю, які знижують здатність контролювати мовленнєві процеси й дотримуватися соціально прийнятних норм спілкування. До характерних проявів належать затримка мовленнєвого розвитку, недоліки артикуляції, обмежений словниковий запас, граматичні помилки, надто високий темп або уривчастість мовлення, непослідовність у викладі думок, схильність до імпульсивних висловлювань, а також порушення комунікативної поведінки.

Мовленнєві характеристики дітей із СДУГ пов’язані не лише з дисграфією чи дислексією, а й з труднощами у розумінні інтонацій, емоцій та підтекстів, що позначається на якості комунікації та соціальних контактів . Такі діти часто демонструють надмірну балакучість, перебивають співрозмовника, говорять імпульсивно, не добираючи слів. Їхня письмова мова відзначається великою

кількістю механічних помилок, повільним темпом та низькою продуктивністю . З боку емоційної сфери характерними є різкі перепади настрою, агресивність, підвищена чутливість до критики й водночас занижена самооцінка. Усе це ускладнює процес навчання та соціальної адаптації, посилюючи ризики ізоляції й конфліктів у класному колективі.

Як зазначає В. Войтко [18], загальновідомо, що такі прояви СДУГ, як імпульсивність, гіперактивність та дефіцит уваги, помітні у дитини ще до початку шкільного навчання. Однак нерідко їх пояснюють особливостями виховання або віковими характеристиками, які, на думку дорослих, дитина з часом «переросте». Проте в період підготовки до школи чи в перший рік навчання, коли з’являються серйозні труднощі з навчальною діяльністю та поведінкою, педагоги й батьки починають усвідомлювати, що йдеться не лише про звичайні дитячі пустощі. Саме на цьому етапі найчастіше проводиться обстеження та скерування дитини для отримання остаточного діагнозу.

Діти з СДУГ нерідко стикаються із супутніми проблемами у навчанні та загальному розвитку. Серед них – затримки мовленнєвого розвитку, труднощі з формуванням навичок дрібної та великої моторики, а також академічні проблеми: складності у запам’ятовуванні цифр, алфавіту чи навчального матеріалу. Важливо відзначити, що вже в дошкільному віці можуть проявлятися симптоми, які сигналізують про можливі навчальні труднощі в майбутньому. Багато з цих ознак є прямими індикаторами СДУГ. Перелік таких симптомів було представлено Міжнародною асоціацією дислексії у 2003 році [18].

В. Войтко зазначає такі положення [18, с. 31-32]:

1. Мова:

- повільний розвиток мовлення;
- проблеми з вимовою;
- труднощі у вивченні нових слів;
- труднощі у виконанні простих інструкцій;
- труднощі у розумінні питань;
- труднощі у вираженні своїх потреб і бажань;

- труднощі у вивченні віршиків;
- недостатній інтерес до казок і історій.

2. Моторика:

- незграбність;
- незбалансованість рухів;
- труднощі у маніпулюванні дрібними об’єктами;
- невпевненість при пробіжках, стрибанні та інших видах спортивної діяльності;
- труднощі при таких навичках самообслуговування, як шнурування взуття, застібання ґудзиків тощо;
- уникнення таких занять, як малювання.

3. Пізнавальна діяльність:

- важкість запам’ятовування алфавіту або днів тижня;
- погана пам’ять на щоденні події;
- погане розуміння причин та наслідків, труднощі в рахуванні;
- труднощі в розумінні таких понять, як розмір, форма колір.

4. Увага:

- легке переключення уваги на сторонні подразники;
- імпульсивна поведінка;
- непосидючість;
- важкість у втриманні уваги на завданні;
- труднощі при зміні діяльності;
- постійне повторення одного і того ж, неможливість переключитися.

5. Соціальні навички:

- важкість у взаємодії з іншими дітьми, гра наодинці;
- схильність до раптових та бурхливих змін настрою;
- легке роздратування та пригнічення;
- важкість в опануванні себе, раптові вибухи гніву, істерики.

Гіперактивність у дітей проявляється у постійній потребі рухатися – вони

не можуть довго залишатися на одному місці, весь час рухають руками чи ногами, надмірно багато говорять і мають труднощі з очікуванням своєї черги під час групових завдань. Такі діти часто встають із місця навіть тоді, коли це недоречно, демонструючи невгамовну потребу у фізичній активності. Особливо інтенсивно гіперактивність проявляється у ситуаціях, що вимагають дисципліни та концентрації уваги.

Імпульсивність полягає у відсутності належного контролю над діями та емоційними реакціями. Діти можуть говорити чи діяти, не замислюючись, часто перебивають співрозмовників, втручаються у чужі ігри або розмови, не здатні дочекатися своєї черги й нерідко демонструють різкі зміни настрою. Подібна поведінка стає причиною конфліктів як у шкільному середовищі, так і в колективі однолітків.

Дослідники також наголошують, що ці симптоми мають бути стійкими, проявлятися в різних сферах життєдіяльності дитини – під час навчання, у соціальних контактах чи в повсякденній активності – і зберігатися щонайменше шість місяців, щоб відповідати діагностичним критеріям СДУГ (Байєр, Остіковська, 2020). Американський професор психіатрії Р. Барклі, один із провідних спеціалістів у вивченні цього розладу, сформулював «правило 30 %»: у дітей із СДУГ розвиток емоційно-вольової сфери, самоконтролю та здатності планувати дії зазвичай відстає приблизно на третину від їхнього календарного віку (Barkley, 1997) [19].

Мовлення є ключовим чинником у психічному розвитку дитини, формуванні її особистості та успішній соціалізації. Водночас перебіг психічних процесів справляє як прямий, так і опосередкований вплив на становлення мовленнєвих умінь і розвиток комунікативних навичок. У дітей із СДУГ часто спостерігаються різні порушення мовленнєвої діяльності. Варто підкреслити, що найбільш інтенсивні прояви синдрому збігаються з критичними етапами психомовленнєвого розвитку. Уже під час вступу до школи значна частина дітей із цим розладом демонструє системне недорозвинення усного мовлення, що негативно відображається на засвоєнні навичок читання та письма.

На думку О. Романчук [27], експресивне мовлення молодших школярів із гіперкінетичним синдромом (назва використовується як синонім СДУГ) має низку характерних особливостей: обмежений словниковий запас, дефекти звуковимови, недостатню сформованість лексико-граматичної структури мовлення, труднощі зі словозміною та словотворенням. Часто спостерігається порушення узгодженості між диханням, голосовим і артикуляційним апаратом через надто швидкий темп мовлення, а також несформованість зв'язного мовлення. Незважаючи на багатослівність, висловлювання таких дітей часто є неповними, з порушеною логікою викладу думок, що свідчить про недоліки у формуванні внутрішньої програми побудови мовленнєвих висловлювань.

У дітей із гіперактивністю дефіцит активної уваги, схильність до неуважності та труднощі із запам'ятовуванням на слух зумовлюють порушення у процесі формування понять, що, у свою чергу, може негативно позначатися на їхньому інтелектуальному розвитку [27]. Як показують дослідження Т. Шишової, у більшості учнів цієї категорії на етапі вступу до школи в тій чи іншій мірі виявляється недостатня сформованість системи рідної мови, а також обмеженість у практичному використанні лінгвістичних кодів. Це створює бар'єри для переходу до більш високого – теоретичного – рівня засвоєння мови та ускладнює розуміння складних мовних закономірностей [46].

У сфері імпресивного мовлення, попри достатнє розуміння зверненої мови, діти з гіперактивністю тривалий час схильні сприймати слова в переносному значенні буквально. Нові слова вони інтерпретують здебільшого через аналогію з уже відомими, орієнтуючись на звукову подібність. Додаткові труднощі виникають під час засвоєння складних логіко-граматичних конструкцій, що зумовлено, з одного боку, недостатнім розвитком мовних операцій, а з іншого – труднощами з утриманням уваги до кінця висловлювання та втратою смислової установки [19].

Дослідження Т. Ахутіної, А. Сиротюк, Л. Трофименко та інших підтвердили, що молодші школярі з гіперкінетичним синдромом відчувають значні труднощі у формуванні письма. Починаючи з другого класу, у багатьох із

них діагностується дисграфія, що є наслідком порушень у роботі різних функціональних компонентів цього процесу: обробки слухової, кінестетичної, зорової та зорово-просторової інформації; серійної організації рухів і мовлення; програмування та контролю діяльності, а також вибіркової активації [22].

Узагальнюючи викладене в підрозділі 1.2, можна зробити висновок, що психолого-педагогічні та мовленнєві характеристики дітей із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю є комплексними та багатовимірними. Незважаючи на збережений рівень інтелектуального розвитку, діти з СДУГ мають значні труднощі з довільною регуляцією поведінки, концентрацією уваги, організацією та завершенням навчальної діяльності. Вони відзначаються імпульсивністю, руховою непосидючістю, швидкою зміною емоційних станів, що створює труднощі як у навчальному процесі, так і в соціальній взаємодії. Часто такі учні помилково сприймаються як «неслухняні» або «ледачі», хоча насправді їхні труднощі обумовлені нейропсихологічними особливостями.

Мовленнєві характеристики дітей із СДУГ також мають свою специфіку. У значної частини школярів виявляються дисграфія, дислексія, труднощі з письмом, читанням та розумінням мовних конструкцій. Для експресивного мовлення характерні обмежений словниковий запас, недоліки у звуковимові, граматичні помилки, швидкий темп та непослідовність висловлювань. Імпресивне мовлення відзначається буквальним розумінням слів, проблемами з опрацюванням логіко-граматичних конструкцій. Такі мовленнєві труднощі тісно пов’язані з дефіцитом уваги, обмеженим обсягом оперативної пам’яті та імпульсивністю, що ускладнює навчання й соціалізацію.

Отже, СДУГ необхідно розглядати не лише як поведінковий розлад, а як складне нейропсихологічне явище, що поєднує когнітивні, емоційно-вольові, поведінкові та мовленнєві прояви. Це підкреслює важливість своєчасної діагностики, індивідуалізованого підходу в навчанні, систематичної логопедичної та психологічної підтримки. Забезпечення комплексної допомоги дає змогу знизити ризики академічних труднощів, емоційних проблем і соціальної дезадаптації у дітей із СДУГ, сприяючи їх гармонійному розвитку й

успішній інтеграції в освітнє середовище.

1.3 Сучасні підходи до логопедичної роботи з дітьми молодшої школи із СДУГ

У сучасних умовах розвитку спеціальної та інклюзивної освіти проблема організації логопедичної допомоги дітям молодшого шкільного віку із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю набуває особливої актуальності. Як свідчать численні дослідження, у значної частини цих учнів виявляються мовленнєві порушення різного характеру – від затримки формування фонетико-фонематичної системи до дисграфії, дислексії та труднощів у засвоєнні лексико-граматичних структур. Поєднання дефіциту уваги, імпульсивності та труднощів у регуляції поведінки ускладнює опанування мовленням і навчальними навичками, що вимагає цілеспрямованого, науково обґрунтованого та системного логопедичного впливу.

Пошук сучасних підходів до логопедичної роботи з цією категорією дітей зумовлюється необхідністю інтеграції традиційних методик корекції мовлення із психолого-педагогічними та нейропсихологічними технологіями. Ефективна логопедична підтримка передбачає врахування особливостей когнітивної сфери, емоційно-вольової регуляції та соціальної поведінки дитини із СДУГ. Важливим завданням стає не лише виправлення мовленнєвих порушень, але й формування навичок самоконтролю, довільної уваги, розвиток комунікативної компетентності та підвищення навчальної мотивації. Саме тому у підрозділі 1.3 буде розглянуто провідні підходи, принципи та напрями логопедичної роботи з молодшими школярами із СДУГ, що визначають сучасні тенденції в теорії та практиці корекційної педагогіки.

Як зазначають провідні науковці [22; 23 та ін.], для логопедичної роботи з дітьми молодшого шкільного віку із СДУГ у науково-методичній літературі виділяють такі принципи:

Принцип індивідуалізації – врахування особливостей проявів СДУГ, рівня мовленнєвого розвитку, пізнавальних можливостей та емоційно-вольової сфери кожної дитини.

Принцип системності та комплексності – поєднання логопедичної роботи з психолого-педагогічним та медичним супроводом, використання міждисциплінарного підходу.

Принцип опори на збережені функції – використання сильних сторін дитини (пам’ять, образне мислення, інтереси), щоб компенсувати мовленнєві труднощі.

Принцип діяльнісного підходу – формування мовленнєвих навичок у процесі активної, практичної діяльності, особливо ігрової та комунікативної.

Принцип поетапності та послідовності – поступове ускладнення завдань із переходом від простого до складного з урахуванням темпу засвоєння.

Принцип корекційно-розвивальної спрямованості – логопедична робота має не лише виправляти мовленнєві дефекти, але й розвивати пізнавальні процеси, увагу, пам’ять, мислення, емоційно-вольову сферу.

Принцип наочності та мультимодальності – широке застосування зорових, слухових, тактильних і моторних засобів для закріплення мовленнєвих навичок.

Принцип індивідуально-групового поєднання – поєднання індивідуальних занять із груповими для розвитку комунікативних умінь.

Принцип співпраці з родиною та педагогами – залучення батьків і вчителів до логопедичного процесу для забезпечення узгодженості впливів у різних середовищах.

Принцип позитивної мотивації – створення умов для емоційно сприятливої атмосфери, використання заохочень і підтримки [22 та ін.].

Розглянемо детальніше означені принципи. У логопедичній роботі з дітьми молодшого шкільного віку із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю першорядне значення має принцип індивідуалізації та диференціації. Його дотримання зумовлене тим, що прояви СДУГ відзначаються значною варіативністю: одні діти більше страждають від дефіциту уваги, інші – від

імпульсивності чи мовленнєвих труднощів. Врахування цих відмінностей дозволяє логопеду обирати адекватні форми і методи роботи, визначати оптимальний темп занять, рівень складності завдань та обсяг навчального матеріалу. Такий підхід не лише підвищує ефективність корекції, а й формує у дитини відчуття успіху, що сприяє розвитку внутрішньої мотивації.

Важливим методологічним орієнтиром є принцип системності та комплексності, який забезпечує інтеграцію мовленнєвого розвитку з формуванням когнітивних, емоційно-вольових і соціальних навичок. Оскільки у дітей із СДУГ мовленнєві порушення поєднуються з дефіцитом уваги, нестійкістю поведінки та труднощами саморегуляції, логопедична робота повинна поєднувати елементи психологічної та педагогічної підтримки. Комплексний характер втручання передбачає взаємодію логопеда, учителів, шкільного психолога та батьків, що забезпечує цілісність і узгодженість корекційного впливу.

Не менш значущим є принцип поетапності та послідовності, який вимагає поступового переходу від простих мовленнєвих завдань до складніших форм мовленнєвої та комунікативної діяльності. Для дітей із СДУГ це особливо актуально, оскільки їхня працездатність є обмеженою, а надмірне когнітивне чи емоційне навантаження швидко призводить до втрати уваги й зниження результативності. Поетапність дозволяє уникати перевантаження, сприяє закріпленню позитивного досвіду та поступовому формуванню мовленнєвих і навчальних умінь. Послідовна побудова занять забезпечує логіку засвоєння матеріалу та підтримує стабільність розвитку.

Важливою умовою ефективності логопедичної допомоги є принцип співпраці та наступності, що передбачає тісну взаємодію фахівців і родини. Логопедична корекція не може бути ізольованою від щоденного життя дитини: підтримка досягнень у домашніх умовах, узгодженість вимог педагогів та батьків, спільне закріплення мовленнєвих навичок у різних ситуаціях значно підвищують результативність роботи. Такий підхід дозволяє формувати у дитини стійкі мовленнєві й комунікативні навички, сприяє зниженню проявів

гіперактивності та імпульсивності, а також створює передумови для успішної соціальної адаптації.

Зазначимо на певних прикладах можливості реалізації цих принципів. Так, принцип індивідуалізації та диференціації реалізується у доборі завдань відповідно до можливостей і потреб конкретної дитини. Наприклад, для школяра з переважанням неуважності логопед пропонує короткі, чітко структуровані вправи з поступовим ускладненням, а для дитини з імпульсивністю – завдання, що потребують зупинки й обдумування відповіді (наприклад, «скажи слово лише після сигналу»). Таким чином, одна й та ж мовленнєва мета досягається різними шляхами, що враховують особливості розвитку та допомагають уникати перевантаження.

Принцип системності та комплексності знаходить відображення у взаємозв'язку логопедичної роботи з розвитком уваги, пам'яті та емоційно-вольової сфери. Так, під час відпрацювання звуковимови логопед може поєднувати артикуляційні вправи з іграми на зосередження («слухай і повторюй лише ті слова, що починаються на потрібний звук»). Паралельно педагог і психолог працюють над розвитком самоконтролю й мотивації. Це дозволяє дитині одночасно вдосконалювати мовлення й тренувати регуляцію поведінки, що особливо важливо для молодших школярів із СДУГ.

Принцип поетапності та послідовності проявляється у чіткому структуруванні логопедичних занять. Наприклад, робота над формуванням зв'язного мовлення починається зі складання простих речень за малюнком, далі – переходить до опису предметів, сюжетних картинок, а потім – до коротких розповідей. Завдання поступово ускладнюються, при цьому кожен новий етап спирається на попередні результати. Для дітей із СДУГ така побудова занять дає змогу поступово закріплювати навички та знижує ризик фрустрації, яка виникає при надто швидкому ускладненні матеріалу [18].

Принцип співпраці та наступності реалізується через взаємодію логопеда з учителями та батьками. Наприклад, педагог повідомляє, які вправи варто виконувати вдома для закріплення досягнень (повторення скоромовок, ігри з

римами, вправи на розширення словника). Учитель у класі може враховувати особливості дитини, надаючи їй більше часу для виконання письмових завдань чи розташовуючи на першій парті для кращої концентрації. Батьки, у свою чергу, підтримують дитину емоційно й допомагають у формуванні режиму, що забезпечує стабільність і регулярність корекційної роботи.

Розглянемо сучасні підходи до логопедичної роботи з дітьми із СДУГ, розкривши їх через медичний, біологічний, педагогічний та логопедичний аспекти [29; 34 та ін.].

Медичний підхід полягає у визнанні СДУГ як нейропсихологічного розладу, що потребує медичного супроводу. Лікарі-неврологи та психіатри відіграють ключову роль у діагностиці та визначенні потреби у фармакологічному лікуванні. Використання медикаментозної терапії (психостимулятори, ноотропи, засоби для корекції поведінкових порушень) спрямоване на зменшення проявів гіперактивності, імпульсивності та неуважності, що у свою чергу створює передумови для більш ефективної логопедичної та педагогічної роботи. Медичний компонент формує базу для корекційних занять, оскільки допомагає знизити рівень збудливості й підвищити здатність до концентрації уваги [22].

Біологічний підхід розглядає СДУГ як наслідок порушень у розвитку й функціонуванні центральної нервової системи, зокрема дисфункції нейромедіаторних систем (дофамінової та норадреналінової). З точки зору логопедії це означає врахування сенсомоторних особливостей дитини: слабка координація, труднощі з моторним контролем, нерівномірний розвиток психічних функцій. Біологічний аспект передбачає використання вправ, що стимулюють міжпівкульну взаємодію, розвиток моторики та інтеграцію рухової й мовленнєвої активності. Такий підхід допомагає створювати більш гармонійні умови для формування мовлення, враховуючи природні обмеження й ресурси дитячого організму [33].

Педагогічний підхід акцентує на створенні сприятливих умов навчання й виховання дітей із СДУГ. Він передбачає індивідуалізацію освітнього процесу,

адаптацію навчальних завдань, поєднання навчання з ігровою діяльністю, використання наочності й чіткого режиму роботи. Для молодших школярів із гіперактивністю важливо забезпечувати короткі, чітко структуровані завдання, з перервами на рухову активність. Педагогічний аспект тісно пов'язаний із виховною роботою – формуванням соціальних навичок, розвитком відповідальності, толерантності, вміння співпрацювати з ровесниками. Він є фундаментом, на якому вибудовується логопедична допомога.

Логопедичний підхід безпосередньо спрямований на корекцію мовленнєвих порушень, що часто супроводжують СДУГ. Його основними завданнями є: розвиток фонетико-фонематичної системи, подолання дисграфії та дислексії, удосконалення граматичної структури мовлення, розширення словникового запасу, формування зв'язного мовлення. Логопедична робота враховує труднощі довільної регуляції та уваги, тому застосовуються короткі динамічні вправи, ігрові методи, використання мультимедійних матеріалів, ритмізовані та рухові завдання. Важливою складовою є формування комунікативної компетентності, адже саме труднощі у спілкуванні створюють найбільші бар'єри для соціалізації дитини з СДУГ [18].

На нашу думку, л логопедичній роботі з дітьми молодшого шкільного віку, які мають синдром дефіциту уваги з гіперактивністю, можна виокремити кілька ключових напрямів, кожен із яких має власне завдання та методичну специфіку. Насамперед важливим є профілактичний напрям, спрямований на попередження можливих труднощів у розвитку мовлення, письма та читання. Він передбачає створення сприятливого мовленнєвого середовища, стимулювання комунікативної активності дитини, своєчасне виявлення перших ознак дисграфії, дислексії чи інших вторинних порушень.

Другим важливим є корекційний напрям, який орієнтований на подолання уже наявних порушень мовленнєвого розвитку. У роботі над цим напрямом логопед приділяє увагу виправленню звуковимови, збагаченню словникового запасу, формуванню граматично правильної мови, розвитку зв'язного висловлювання та оволодінню навичками письма й читання.

Окремо виділяється розвивальний напрям, завданням якого є активізація пізнавальних процесів, що лежать в основі мовленнєвої діяльності: уваги, пам’яті, мислення, уяви. Це дозволяє підвищувати рівень довільної регуляції та забезпечує позитивний вплив не лише на мовленнєвий, а й на загальний психічний розвиток дитини.

Не менш значущим є соціально-адаптаційний напрям, що полягає у формуванні навичок ефективної комунікації, адекватної поведінки в різних соціальних ситуаціях, умінь працювати в групі. Така робота допомагає дітям із СДУГ долати труднощі взаємодії з однолітками та педагогами, знижує ризики соціальної ізоляції та конфліктності.

Розглянемо детальніше означені напрями.

В. Князєв [1] зазначає, що профілактичний напрям логопедичної роботи з дітьми із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю має надзвичайне значення, оскільки дозволяє попередити виникнення вторинних порушень мовленнєвого та психічного розвитку. З огляду на те, що у значної частини таких школярів спостерігається схильність до дисграфії, дислексії, порушень звуковимови та граматичної будови мовлення, завдання профілактики полягає у своєчасному виявленні цих ризиків і створенні умов для їх попередження. Це досягається шляхом організації мовленнєво збагаченого середовища, стимулювання мовленнєвої активності дітей, а також через залучення до спеціально підібраних ігор і вправ, що розвивають увагу, пам’ять, мислення та комунікативні навички.

Важливою складовою профілактичної роботи є співпраця логопеда з учителями та батьками, адже саме вони першими помічають труднощі у навчанні та поведінці дитини. Консультативна допомога дорослим полягає у наданні рекомендацій щодо мовленнєвого розвитку, організації навчальної діяльності, дозвілля та побутового спілкування. Педагоги отримують методичні поради щодо адаптації навчальних завдань до особливостей дітей із СДУГ, а батьки – практичні рекомендації щодо спілкування вдома, розвитку мовлення у повсякденних ситуаціях та формування позитивної самооцінки дитини.

Окрім того, профілактичний напрям передбачає систематичний моніторинг мовленнєвого розвитку та поведінкових проявів учнів. Це дозволяє своєчасно виявляти навіть незначні відхилення і попереджати їх перехід у стійкі порушення. Завдяки профілактичній роботі створюється міцний фундамент для подальшої корекційної та розвивальної діяльності, підвищується ефективність освітнього процесу та знижується ризик соціально-психологічної дезадаптації дітей із СДУГ у шкільному середовищі [1; 36]

Корекційний напрям логопедичної роботи з дітьми із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю передбачає цілеспрямоване усунення або зменшення вже наявних мовленнєвих порушень. Він реалізується через спеціально організовані заняття, спрямовані на розвиток фонематичного слуху, уточнення звуковимови, формування лексико-граматичної будови мовлення та розвиток зв’язного мовлення. Корекційна діяльність враховує індивідуальні особливості дитини, рівень її уваги, працездатність, а також потребує використання спеціальних прийомів для подолання імпульсивності й відволікання [18; 19].

Особливе місце у корекційній роботі займає формування навчально-мовленнєвих навичок: розвиток читання, письма, а також профілактика й подолання дисграфії та дислексії. Для цього логопед використовує поетапне навчання, включення наочних матеріалів, ігрові методи, вправи на зорово-просторову орієнтацію та моторний контроль. У дітей із СДУГ часто відзначається слабка організованість і нездатність довести розпочате завдання до кінця, тому завдання структуровано на невеликі кроки з частими паузами для відпочинку та позитивним підкріпленням результату.

У корекційній діяльності важливим є розвиток довільної уваги та саморегуляції, оскільки саме ці функції найчастіше виявляються недостатньо сформованими. Тому на заняттях широко застосовуються вправи на концентрацію, переключення та розподіл уваги, тренування пам’яті та мислення у процесі виконання мовленнєвих завдань. Корекція імпульсивності здійснюється через спеціальні ігри та вправи, які навчають дитину діяти за правилами, контролювати власну поведінку й планувати дії.

Не менш значущим є розвиток комунікативної компетентності, адже діти з СДУГ часто мають труднощі у спілкуванні з ровесниками й дорослими. У межах корекційного напряму логопед створює умови для відпрацювання діалогічного та монологічного мовлення, формування вміння слухати співрозмовника, чекати своєї черги у спілкуванні, добирати адекватні мовні засоби для вираження власних думок. Така робота допомагає знизити рівень конфліктності, підвищує впевненість у собі та сприяє успішнішій соціальній адаптації школярів із СДУГ [28].

Розвивальний напрям логопедичної роботи з дітьми молодшого шкільного віку із СДУГ передбачає цілеспрямовану роботу над формуванням і вдосконаленням пізнавальних процесів, які лежать в основі мовленнєвої діяльності. У цих дітей часто спостерігаються труднощі з концентрацією уваги, оперативною пам’яттю, зорово-просторовими функціями, мисленням, що негативно відображається на оволодінні навичками читання й письма. Тому розвивальна робота спрямована на тренування уваги, розвиток довготривалої пам’яті, формування логічних операцій та розвиток мовленнєвого мислення. Важливим компонентом розвивального напряму є робота над моторикою, зокрема дрібною, яка має прямий зв’язок із розвитком мовлення. Виконання вправ на координацію рухів, розвиток точності та плавності дій сприяє формуванню артикуляційних і графомоторних навичок. Водночас розвиваються навички самоорганізації та цілеспрямованої діяльності, що є важливим для успішного оволодіння шкільними предметами [29; 30; 32].

Розвиток комунікативної сфери також є складовою цього напряму. Логопед організовує вправи та ігри, які стимулюють формування вміння слухати й розуміти інших, дотримуватися правил діалогу, виражати свої думки послідовно й логічно. У цьому контексті використовуються рольові ігри, мовленнєві ситуації та вправи на розвиток емоційного інтелекту, що дозволяє дітям навчатися регулювати власні емоції та адекватно реагувати на емоційні прояви оточення.

Особливу увагу в межах розвивального напряму приділяють формуванню

навчальної мотивації та довільної поведінки. Діти з СДУГ часто втрачають інтерес до завдань через одноманітність чи складність, тому логопед застосовує різноманітні ігрові методи, мультимедійні засоби та інтерактивні завдання, які підтримують зацікавленість і стимулюють досягнення успіху. Це сприяє підвищенню впевненості у власних можливостях, формуванню позитивного ставлення до навчання та розвитку комунікативних і когнітивних здібностей школярів [33; 35].

Таким чином, сучасні підходи до логопедичної роботи з дітьми молодшого шкільного віку із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю відзначаються комплексністю та міждисциплінарністю. Вони поєднують медичні, біологічні, педагогічні та власне логопедичні аспекти, що дозволяє одночасно впливати на різні сфери розвитку дитини. Логопедична діяльність у цьому контексті виходить за межі традиційної корекції мовлення і спрямовується на формування уваги, пам’яті, мислення, розвиток емоційно-вольової сфери та комунікативної компетентності. Це дає змогу створювати сприятливі умови для навчання та соціалізації дітей, а також підвищувати ефективність освітнього процесу.

Важливим результатом системної логопедичної допомоги є зниження ризику вторинних труднощів, зокрема дисграфії, дислексії, порушень письма й читання, а також формування позитивної навчальної мотивації. Профілактичний, корекційний, розвивальний та соціально-адаптаційний напрями логопедичної роботи утворюють цілісну систему, яка дозволяє максимально враховувати індивідуальні особливості школярів із СДУГ. Такий підхід сприяє не лише виправленню мовленнєвих порушень, а й гармонійному розвитку особистості, підготовці дитини до ефективної взаємодії у шкільному та соціальному середовищі.

РОЗДІЛ 2
ЛОГОПЕДИЧНА ДОПОМОГА ДІТЯМ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ ІЗ СДУГ

2.1 Методика логопедичної діагностики при СДУГ

Ефективна логопедична допомога дітям молодшого шкільного віку із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю неможлива без попереднього ґрунтовного діагностичного етапу. Саме діагностика дозволяє визначити індивідуальні особливості мовленнєвого розвитку, рівень сформованості психічних функцій, а також виявити специфічні труднощі, що ускладнюють навчальну діяльність і соціальну взаємодію. Для дітей із СДУГ характерні різнопланові прояви – від порушень артикуляції, обмеженого словникового запасу й граматичних труднощів до дисграфії та дислексії, які тісно пов’язані з дефіцитом уваги й імпульсивністю. Це вимагає застосування комплексного діагностичного підходу, що поєднує спостереження, стандартизовані тести, аналіз мовленнєвої продукції та анкетування батьків і педагогів.

Методика логопедичної діагностики при СДУГ має бути спрямована не лише на виявлення власне мовленнєвих порушень, а й на оцінку пізнавальної сфери, рівня уваги, пам’яті, мислення, емоційно-вольової регуляції, що впливають на мовленнєвий розвиток. Важливим є врахування вікових та індивідуальних особливостей дітей, адже прояви синдрому мають варіативний характер. Отже, діагностичний етап виступає фундаментом для подальшої корекційної роботи, забезпечуючи можливість побудови індивідуальної програми логопедичної допомоги, адаптованої до потреб конкретної дитини.

Структура логопедичної діагностики при СДУГ описується багатьма авторами [33; 35 та ін.]. Наведемо наше бачення такої структури.

1. Підготовчий етап

Збір анамнестичних даних – аналіз медичної документації (за можливості),

інформації від батьків та педагогів про особливості розвитку, поведінки, навчання дитини.

Бесіда з батьками. Уточнення скарг, історії розвитку мовлення, моторики, соціальної адаптації, умов виховання.

Спостереження. Оцінка поведінкових проявів під час заняття (гіперактивність, імпульсивність, труднощі концентрації).

2. Діагностика мовленнєвого розвитку.

Фонетико-фонематичний рівень – стан звуковимови, розвиток фонематичного слуху.

Лексико-граматичний рівень – словниковий запас, граматична правильність мовлення, вміння утворювати слова й речення.

Зв’язне мовлення. Побудова монологічних і діалогічних висловлювань, логічність та послідовність думок.

Письмо і читання – виявлення можливих дисграфій, дислексій, дискалькулії або схильностей до них.

3. Оцінка когнітивних і психічних функцій, пов’язаних з мовленням.

Увага – здатність зосереджуватись, утримувати увагу, переключатися між завданнями.

Пам’ять – слухова, зорово-просторова, оперативна.

Мислення. Логічні операції, вміння узагальнювати, робити висновки.

Емоційно-вольова сфера: рівень самоконтролю, емоційна стабільність, реакція на труднощі.

4. Використання спеціальних діагностичних методик.

Психологічні тести (WISC, Стенфорд-Біне, шкали Коннерса тощо).

Логопедичні проби (повторення складів, слів, фраз, виконання інструкцій).

Нейропсихологічні завдання (методики на моторну координацію, серійність рухів, просторову орієнтацію).

5. Підсумковий етап

Аналіз отриманих результатів. Виявлення сильних і слабких сторін розвитку.

Формулювання логопедичного висновку. Опис мовленнєвих порушень і факторів, що їх зумовлюють.

Розробка індивідуальної програми логопедичної допомоги. Визначення пріоритетних напрямів (корекційний, профілактичний, розвивальний, соціально-адаптаційний).

Спираючись на визначену структуру логопедичної діагностики при СДУГ, розглянемо більш докладно її ключові складові, що дозволяють комплексно оцінити мовленнєвий розвиток та пов’язані з ним психічні функції дітей молодшого шкільного віку.

Перший етап – підготовчий. На початковому етапі логопедичної діагностики дітей молодшого шкільного віку із СДУГ основним завданням є збирання анамнестичних відомостей і створення умов для подальшого обстеження. Логопед аналізує медичну документацію, дані психолого-педагогічної характеристики, результати попередніх обстежень та консультацій суміжних фахівців (психолога, невролога, психіатра). Важливе значення має бесіда з батьками, під час якої з’ясовуються особливості раннього розвитку дитини, перенесені захворювання, умови виховання, а також перші прояви дефіциту уваги чи гіперактивності. Окремо враховується ставлення сім’ї до проблеми та участь батьків у корекційному процесі, адже саме вони є найближчим середовищем дитини [39].

Не менш значущим аспектом цього етапу є встановлення довірливого контакту з дитиною. Молодші школярі із СДУГ часто демонструють імпульсивність, низьку здатність до зосередження й швидку втому, тому логопед має організувати діагностичну ситуацію так, щоб вона сприймалася дитиною як гра чи цікава діяльність. Використання наочності, рухових пауз, позитивного підкріплення сприяє зниженню напруги та підвищує готовність дитини до співпраці. Таким чином, підготовчий етап виступає базою для ефективного проведення подальших діагностичних процедур, забезпечуючи об’єктивність результатів і мотивацію дитини до роботи.

Другий етап – діагностика мовленнєвого розвитку. На другому етапі

логопедичної діагностики основна увага приділяється всебічному вивченню мовленнєвого розвитку дитини із СДУГ. Передусім обстежується стан фонетико-фонематичної системи: вимова звуків, їх диференціація на слух, здатність відтворювати звукосполучення, а також рівень розвитку фонематичного сприймання. Це особливо важливо, оскільки у значної частини дітей із СДУГ виявляються труднощі в опануванні звукової системи мови, які стають причиною дисграфії чи дислексії в шкільному віці.

Наступним компонентом є дослідження лексико-граматичної сторони мовлення. Логопед вивчає активний і пасивний словник дитини, рівень сформованості граматичних категорій (узгодження слів у роді, числі, відмінку, правильність побудови речень), здатність використовувати різні частини мови. У дітей із СДУГ часто спостерігається обмежений словниковий запас, порушення словотворення та словозміни, що безпосередньо впливає на якість усного та письмового мовлення [40; 41].

Окремим напрямом є дослідження зв’язного мовлення – уміння будувати послідовні висловлювання, переказувати текст, описувати предмет чи подію. Для дітей із СДУГ характерні непослідовність викладу, пропуски важливих деталей, логічні розриви у висловлюваннях, що пов’язано з дефіцитом уваги та імпульсивністю. Логопед також оцінює темп мовлення, його плавність, інтонаційну виразність, оскільки ці характеристики часто мають відхилення у даної категорії дітей.

Третій етап – діагностика когнітивних процесів.

На цьому етапі логопедичної діагностики увага зосереджується на вивченні когнітивних функцій, що безпосередньо впливають на мовленнєвий розвиток і навчальну діяльність дитини із СДУГ. У першу чергу досліджується увага – її стійкість, обсяг, переключення та розподіл. Для цього застосовуються спеціальні завдання: знаходження відмінностей на картинках, пошук літер чи цифр серед ряду символів, виконання інструкцій із поступовим ускладненням. У більшості дітей із СДУГ виявляються труднощі з утриманням уваги протягом тривалого часу, підвищене відволікання та швидка втомлюваність.

Ще одним важливим напрямом є дослідження пам’яті – слухової, зорової та моторної. Логопед перевіряє здатність відтворювати слова чи фрази після одноразового пред’явлення, запам’ятовування рядів картинок, відтворення рухових послідовностей. У дітей із СДУГ часто відзначається зниження обсягу оперативної пам’яті, труднощі з довготривалим збереженням інформації та слабке відтворення складних мовленнєвих конструкцій. Це створює додаткові бар’єри для опанування читання, письма та засвоєння навчального матеріалу.

Також значущим є дослідження мислення – уміння порівнювати, узагальнювати, робити висновки, розв’язувати прості логічні завдання. Діти із СДУГ часто демонструють ситуативність мислення, схильність діяти імпульсивно, не обдумуючи послідовність дій. Оцінюється також рівень розвитку уяви, який впливає на творчість і побудову зв’язних висловлювань. Комплексне дослідження когнітивних процесів дозволяє визначити ті функції, що найбільше потребують розвитку та корекції в логопедичній роботі [44; 46].

Четвертий етап – діагностика емоційно-вольової сфери та поведінкових особливостей. На цьому етапі увага логопеда зосереджується на оцінюванні емоційної стабільності та вольових якостей дитини із СДУГ, адже саме ці компоненти суттєво впливають на ефективність корекційної роботи. Насамперед досліджується здатність дитини контролювати власні емоції, виявляти адекватні реакції на успіх чи невдачу, долати фрустрацію. Типовими проявами для школярів із СДУГ є підвищена збудливість, імпульсивність, швидкі зміни настрою, труднощі з дотриманням правил гри чи навчальних завдань.

Важливим аспектом діагностики є визначення вольової регуляції поведінки: уміння дотримуватися інструкцій, доводити справу до кінця, діяти відповідно до заданих правил. Для цього застосовуються спеціальні завдання, які потребують зупинки перед відповіддю, вибору серед кількох варіантів, а також ігри на розвиток самоконтролю. Дослідження вольової сфери дозволяє виявити, наскільки дитина здатна контролювати імпульсивні дії та чи може виконувати завдання в умовах обмежень.

Важливим також є аналіз поведінкових особливостей дитини у

навчальному та соціальному середовищі. Для цього збирається інформація від учителів і батьків, проводяться спостереження у класі, на перервах, під час ігор. Важливо відзначити, як дитина взаємодіє з ровесниками, чи вміє чекати своєї черги, дотримуватися соціально прийнятих норм. У дітей із СДУГ часто фіксуються труднощі у встановленні контактів, конфліктність, егоцентризм або ж навпаки – підвищена вразливість і низька самооцінка.

П’ятий етап – діагностика мовленнєвих функцій. Цей етап є ключовим у логопедичній діагностиці дітей молодшого шкільного віку із СДУГ, адже мовлення безпосередньо пов’язане не лише з навчальною діяльністю, а й з формуванням комунікативних та соціальних навичок. Мовленнєві труднощі у цієї категорії дітей часто мають системний характер і поєднуються з дефіцитом уваги, імпульсивністю та труднощами у регуляції поведінки [47; 49].

1. Обстеження фонетико-фонематичної системи.

На цьому етапі перевіряється правильність звуковимови, стан фонематичного слуху, вміння розрізняти на слух близькі за звучанням фонеми. Логопед застосовує завдання на повторення складів, слів, розпізнавання звуків у різних позиціях слова. У дітей із СДУГ часто фіксуються спотворення або пропуски звуків, недостатня точність їх артикуляції. Фонематичний слух може бути зниженим, що ускладнює процес оволодіння читанням і письмом.

2. Дослідження лексико-граматичної сторони мовлення.

Вивчається словниковий запас дитини, уміння добирати слова за змістом, використовувати синоніми, антоніми, узагальнюючі поняття. Також аналізується вміння правильно будувати граматичні конструкції, користуватися відмінковими формами, узгоджувати слова у роді, числі та відмінку.

3. Оцінка зв’язного мовлення.

Особлива увага приділяється здатності дитини будувати розгорнуті висловлювання – від простих описів предметів чи картинок до складання невеликих розповідей. Типові проблеми: уривчастість мовлення, непослідовність викладу думок, порушення логіки, часті повтори слів. Внаслідок імпульсивності дитина часто починає висловлювати думку, не продумавши її,

перескакує з однієї теми на іншу, що робить мовлення хаотичним.

4. Діагностика експресивного мовлення.

У дітей із СДУГ часто спостерігається швидкий темп мовлення, порушення дихальної й голосо-артикуляційної координації, багатослівність без змістовного наповнення. Висловлювання бувають неповними, граматично неправильними, з великою кількістю пауз і вставних слів. Це свідчить про недостатню сформованість внутрішньої програми висловлювання та труднощі у контролі за власною мовленнєвою діяльністю.

5. Дослідження імпресивного мовлення.

Вивчається розуміння зверненого мовлення: інструкцій, логіко-граматичних конструкцій, фраз у переносному значенні. Діти з СДУГ часто сприймають слова буквально, швидко втрачають увагу під час слухання довгих висловлювань, плутають значення незнайомих слів, орієнтуючись лише на їхню звукову подібність.

6. Обстеження письма й читання.

На цьому рівні логопед виявляє наявність дисграфії та дислексії. Письмові роботи дітей із СДУГ зазвичай містять численні помилки: пропуски, заміни літер, перестановки складів, порушення просторового розташування. При читанні характерними є повільний темп, часті повтори, вгадування слів, втрати рядків. Усе це зумовлене нестачею довільної уваги, слабким контролем та недостатньо сформованою зорово-просторовою функцією [42; 49].

Таким чином, діагностика мовленнєвих функцій у дітей із СДУГ є багатокомпонентним процесом, що охоплює усне та письмове мовлення, виокремлюючи як експресивний, так й імпресивний його аспекти. Отримані результати дозволяють побудувати індивідуальну програму корекційно-логопедичної роботи з урахуванням мовленнєвих та психолого-педагогічних особливостей дитини.

Шостий етап – діагностика когнітивних процесів [50; 51].

Дослідження когнітивної сфери дітей із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю є надзвичайно важливим, оскільки саме її несформованість чи

функціональні відхилення безпосередньо позначаються на навчальній діяльності, поведінці та мовленнєвому розвитку. Цей етап спрямований на виявлення стану уваги, пам’яті, мислення, уяви та виконавчих функцій, які визначають здатність дитини навчатися й контролювати власну діяльність.

1. Діагностика уваги.

У дітей із СДУГ увага відзначається нестійкістю, низькою концентрацією, легким відволіканням. Для її вивчення використовуються спеціальні проби: «знайди відмінності», «коректурні таблиці», завдання на викреслювання заданих символів серед подібних. Важливими є такі параметри: тривалість зосередженості, кількість допущених помилок, здатність утримувати увагу протягом усього завдання.

2. Дослідження пам’яті.

У дітей з гіперактивністю спостерігається зниження обсягу оперативної пам’яті, що проявляється у труднощах із запам’ятовуванням словесного та зорового матеріалу. Перевіряється короткочасна та довготривала пам’ять за допомогою завдань на відтворення серій слів, чисел, малюнків. Характерним є швидке забування, неточне відтворення або сплутування матеріалу. Це суттєво ускладнює засвоєння навчальної інформації, призводить до численних помилок у письмі й читанні.

3. Обстеження мислення.

Діти із СДУГ демонструють збережені інтелектуальні здібності, проте їхнє мислення часто виявляється фрагментарним і поверховим. Для його діагностики застосовуються завдання на встановлення аналогій, узагальнення, класифікацію предметів, розв’язання простих логічних задач. У таких учнів спостерігаються труднощі в послідовному аналізі інформації, у встановленні причинно-наслідкових зв’язків, вони часто дають імпульсивні відповіді, не продумуючи їх.

4. Дослідження уяви та виконавчих функцій.

Перевіряється здатність дитини створювати нові образи, комбінувати відомі елементи, планувати послідовність дій. Використовуються завдання на складання історій за картинками, придумування продовження ситуації,

планування власних дій у запропонованих умовах. У дітей із СДУГ часто відзначається імпульсивність мислення: вони видають перші-ліпші ідеї, не продумуючи їх, і швидко втрачають інтерес до діяльності. Виконавчі функції, пов’язані з плануванням, організацією та контролем, є недостатньо сформованими, що суттєво ускладнює навчання [50].

Отже, шостий етап логопедичної діагностики дає змогу комплексно оцінити стан когнітивних процесів у дітей молодшого шкільного віку із СДУГ. Результати цього обстеження дозволяють визначити індивідуальні труднощі учня, виявити сильні та слабкі сторони його розвитку й сформувати корекційні завдання, спрямовані на підвищення рівня довільної уваги, розвитку пам’яті, мислення та самоконтролю.

Сьомий етап – діагностика емоційно-вольової сфери та поведінкових особливостей [54]. Важливою складовою логопедичної діагностики дітей молодшого шкільного віку із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю є дослідження емоційно-вольової сфери та поведінкових проявів, оскільки саме вони визначають ефективність навчальної діяльності, здатність до самоконтролю, міжособистісну взаємодію та загальний рівень соціальної адаптації. Діти з СДУГ часто характеризуються емоційною нестійкістю, швидкими перепадами настрою, підвищеною чутливістю до зовнішніх подразників, що поєднується з труднощами у вольовій регуляції поведінки. Для вивчення цих аспектів застосовуються спостереження у процесі навчальної діяльності та гри, бесіди з батьками й учителями, а також спеціальні методики – малюнкові тести («Нескінчена лінія», «Кактус», «Моя сім’я»), опитувальники емоційних станів, проективні завдання. Особливу увагу звертають на реакції дитини на зауваження, здатність долати труднощі, контролювати емоції у складних ситуаціях [51].

Характерною рисою таких дітей є імпульсивність, що проявляється у схильності діяти без попереднього обдумування, перебивати інших, втручатися в розмови та ігри. У шкільному середовищі це часто призводить до конфліктів з ровесниками й педагогами, формує негативний соціальний досвід та ускладнює

процес інтеграції в колектив. Недостатня сформованість вольової регуляції виявляється у неспроможності планувати власну діяльність, доводити завдання до кінця, виконувати інструкції. Діти швидко втрачають інтерес до завдань, які потребують зосередженості, часто переходять від одного виду діяльності до іншого, не завершивши попереднього.

Водночас емоційна сфера характеризується підвищеною збудливістю та чутливістю до критики. Такі діти можуть гостро реагувати на зауваження, проявляти агресію або, навпаки, замикаються, відчувають занижену самооцінку. Дослідження емоційної сфери дозволяє виявити рівень тривожності, схильність до агресивних чи депресивних реакцій, що має значення для побудови подальшої корекційної роботи. Особливе місце займає вивчення мотиваційної сфери, оскільки у дітей із СДУГ часто відсутня внутрішня навчальна мотивація, а домінують зовнішні стимули у вигляді заохочень або покарань.

Восьмий етап методики логопедичної діагностики при СДУГ передбачає узагальнення та комплексний аналіз отриманих результатів із метою визначення рівня мовленнєвого розвитку та встановлення провідних мовленнєвих порушень. На цьому етапі логопед систематизує дані, отримані під час обстеження фонетико-фонематичних процесів, лексико-граматичної будови, зв’язного мовлення, а також навичок читання й письма. Особлива увага приділяється виявленню дисграфії, дислексії, труднощів у засвоєнні лексико-граматичних структур, порушень звуковимови та дефіциту словникового запасу. Важливим завданням є співвіднесення мовленнєвих характеристик із когнітивними та емоційно-вольовими особливостями дитини, що дозволяє встановити, які саме механізми ускладнюють мовленнєвий розвиток та комунікативну діяльність. У процесі аналізу логопед визначає не лише проблемні зони, а й потенційні компенсаторні ресурси дитини – збережені функції, на які можна спиратися в корекційно-розвивальній роботі. Висновки, зроблені на цьому етапі, формують підґрунтя для складання індивідуальної програми логопедичної допомоги, яка враховує поєднання мовленнєвих, когнітивних і поведінкових труднощів, а також особливості навчального й соціального середовища. Таким чином,

восьмий етап є заключним у діагностичному процесі й водночас переходом до практичної реалізації логопедичної підтримки дітей молодшого шкільного віку із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю [56].

Узагальнюючи результати аналізу методики логопедичної діагностики дітей молодшого шкільного віку із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю, можна виокремити кілька ключових положень. По-перше, діагностичний процес має багатоступеневу структуру, яка передбачає послідовне вивчення медико-біологічних передумов, загального розвитку дитини, психолого-педагогічних особливостей та мовленнєвої діяльності. Такий комплексний підхід дозволяє не лише виявити наявні мовленнєві порушення, а й зрозуміти їхній зв’язок із когнітивними, емоційно-вольовими та поведінковими проявами СДУГ. Важливим методичним орієнтиром є опора на збережені функції дитини, що створює умови для формування індивідуальної траєкторії подальшої корекційної роботи.

По-друге, методика діагностики забезпечує інтеграцію різних напрямів – медичного, психологічного та педагогічного, що дає змогу отримати цілісне уявлення про особливості розвитку кожної дитини. Особлива увага приділяється виявленню вторинних порушень – дисграфії, дислексії, труднощів у формуванні лексико-граматичної системи, обмеженого словникового запасу, дефектів звуковимови. Підсумковий етап діагностики полягає в узагальненні результатів і складанні логопедичного висновку, на основі якого визначаються індивідуальні корекційно-розвивальні завдання. Отже, методика логопедичної діагностики при СДУГ виступає не лише інструментом виявлення мовленнєвих труднощів, але й основою для побудови ефективної системи допомоги та підтримки дітей у навчанні й соціальній адаптації.

2.2 Методи та прийоми логопедичної допомоги дітям із синдромом дефіциту уваги та гіперактивністю

У сучасній логопедичній практиці робота з дітьми молодшого шкільного віку, які мають синдром дефіциту уваги з гіперактивністю, потребує застосування спеціально адаптованих методів та прийомів, спрямованих на подолання мовленнєвих труднощів і водночас на розвиток психічних функцій, що лежать в основі комунікативної діяльності.

Враховуючи специфіку СДУГ – нестійкість уваги, імпульсивність, гіперактивність, емоційну збудливість – традиційні логопедичні методики мають бути модифіковані та поєднані з елементами психологічних і педагогічних технологій. Такий інтегрований підхід дозволяє не лише скоригувати порушення звуковимови, лексико-граматичної структури чи зв’язного мовлення, а й сприяє формуванню навичок самоконтролю, організованості та довільної поведінки.

Особливе значення у процесі логопедичної допомоги дітям із СДУГ має використання динамічних, ігрових та мультимодальних прийомів, що поєднують різні канали сприймання та відтворення інформації – слуховий, зоровий, тактильний, моторний. Це дає можливість утримувати інтерес школярів, підтримувати їхню мотивацію та уникати перевтоми. Водночас важливим завданням стає забезпечення позитивного емоційного фону занять, що сприяє зниженню рівня тривожності й агресивності та формує у дітей упевненість у власних можливостях. Таким чином, методи та прийоми логопедичної допомоги при СДУГ повинні мати комплексний, розвивально-корекційний характер, орієнтований не лише на мовлення, а й на гармонійний психічний і соціальний розвиток дитини.

У логопедичній роботі з молодшими школярами, які мають синдром дефіциту уваги з гіперактивністю, доцільно виокремити кілька основних груп методів і прийомів, що забезпечують комплексний і цілеспрямований вплив на мовленнєвий та психічний розвиток. Перш за все, це загальнопедагогічні методи, які широко застосовуються в освітньому процесі: пояснення, бесіда,

демонстрація, вправи, ігрові ситуації [55]. Вони набувають особливого значення у роботі з дітьми із СДУГ, оскільки поєднання словесних інструкцій із наочними засобами й активною діяльністю допомагає утримувати увагу та знижує ризик перевантаження.

Загальнопедагогічні методи охоплюють пояснення, інструктаж, бесіду, демонстрацію, вправи та ігрові завдання. Для дітей із СДУГ їх застосування має певну специфіку, адже ключова проблема цих учнів полягає у нестійкості уваги та труднощах саморегуляції. Тому пояснення має бути максимально чітким, коротким і конкретним, без перевантаження другорядними деталями. Наприклад, замість довгих описів логопед подає інструкцію у 2–3 кроках, підкріплюючи її жестами чи наочним матеріалом. Це допомагає знизити рівень відволікання та забезпечує краще розуміння завдання [44; 48].

Метод бесіди у роботі з дітьми із СДУГ використовується у вигляді коротких діалогів або запитань-відповідей, які активізують увагу та стимулюють мислення. Важливо, щоб запитання були простими та вимагали короткої відповіді – це допомагає уникнути втрати зосередженості. Наприклад, при роботі над звуковимовою логопед може ставити швидкі запитання типу: «Який звук ти почув?» або «Який предмет починається на цей звук?».

Демонстрація як метод ґрунтується на використанні наочності – малюнків, карток, предметів, мультимедійних матеріалів. Для дітей із СДУГ наочність є ключовим інструментом, адже візуальна підтримка допомагає утримати інтерес і спрямувати увагу. Наприклад, при поясненні граматичних конструкцій використовуються картинки з діями («хлопчик читає», «дівчинка малює»), а при вивченні нових слів – тематичні картки.

Вправи в системі загальнопедагогічних методів виступають основою закріплення знань і навичок. Проте у роботі з дітьми із СДУГ важливо добирати вправи короткі, динамічні та з елементами гри. Наприклад, завдання на повторення слів у риму, складання коротких речень за малюнками, ігри «знайди пару» чи «слухай і плесни в долоні, якщо почув потрібний звук» [35].

Тепер докладно розглянемо другу групу – спеціальні логопедичні методи,

які безпосередньо спрямовані на корекцію мовленнєвих порушень у дітей із синдромом дефіциту уваги та гіперактивністю.

До спеціальних методів належать артикуляційна гімнастика, фонетичні вправи, фонематичний аналіз і синтез, логопедичні ритмічні вправи, метод структурованих мовленнєвих ситуацій, робота з текстами та звуко-буквеним аналізом, вправи на розвиток зв'язного мовлення.

Артикуляційна гімнастика використовується для розвитку моторики органів мовлення та формування правильної звуковимови. Для дітей із СДУГ вона проводиться у формі коротких, динамічних вправ із залученням наочності та ігрових образів. Наприклад, логопед може запропонувати завдання «посміхнись, як сонечко» (розтягнути губи), «покажи зубки, як у тигра» чи «покатай м'ячик язиком» (перекочування язика по піднебінню). Такі ігрові образи допомагають утримувати інтерес дитини, стимулюють емоційний відгук і підвищують мотивацію.

Фонематичні вправи спрямовані на розвиток слухової уваги та фонематичного сприймання. Для дітей із СДУГ важливо добирати завдання з елементами рухової активності. Наприклад: «якщо почуєш звук [с] – підніми руку, а якщо звук [ш] – плесни в долоні». Це поєднання слухової та моторної активності допомагає знизити відволікання та краще засвоювати матеріал.

Метод структурованих мовленнєвих ситуацій передбачає створення умов, максимально наближених до реального спілкування. Наприклад, розігрування діалогів у магазині, лікарні чи транспорті. Для дітей із СДУГ такі вправи особливо корисні, адже вони навчають не лише правильного мовленнєвого оформлення, а й соціально прийнятної поведінки (чекати черги, слухати співрозмовника, відповідати по суті).

Логопедичні ритмічні вправи поєднують мовлення з рухом і музикою. Це можуть бути римовані віршики з одночасним плесканням у долоні або крокуванням. Наприклад: «Ма-ма-ма – до нас іде зима» (діти промовляють ритмізовану фразу і супроводжують її рухами). Така робота допомагає синхронізувати мовленнєві й моторні процеси, покращує концентрацію уваги та

розвиває почуття ритму.

Робота з текстами та звуко-буквеним аналізом включає читання коротких речень, добір слів на певний звук, складання простих розповідей за серією картинок. Для дітей із СДУГ завдання варто максимально структурувати й робити їх короткими, щоб уникнути перевтоми. Наприклад: «знайди у тексті всі слова на звук [р]» або «склади три речення про картинку». Отже, спеціальні логопедичні методи поєднують корекцію звуковимови, розвиток фонематичного слуху, формування зв'язного мовлення з активізацією уваги, самоконтролю та соціальної взаємодії [26; 37; 38].

Тепер детально розглянемо третю групу – психологічні методи і прийоми, які застосовуються в логопедичній допомозі дітям із синдромом дефіциту уваги та гіперактивністю.

Ця група методів спрямована на зниження імпульсивності, розвиток самоконтролю, формування мотивації до занять і стабілізацію емоційного стану. Вона тісно пов'язана з логопедичною практикою, оскільки без корекції емоційно-вольової сфери та поведінки дитина не може повною мірою засвоїти мовленнєвий матеріал.

Методи релаксації допомагають зняти напруження і надмірну збудливість, характерні для дітей із СДУГ. Наприклад, вправи «на дихання» («надуй уявну кульку», «подмухай на пушинку»), короткі хвилинки тиші («послухай, як цокає годинник») або вправи на розслаблення м'язів («зроби себе камінчиком – стисни руки і ноги, а тепер розслабся і стань ганчірочкою»). Такі прийоми створюють сприятливий фон для подальшої роботи над мовленням.

Методи розвитку довільної уваги та самоконтролю інтегруються у логопедичні вправи. Наприклад, гра «Світлофор»: логопед показує картку червоного кольору – дитина має мовчати, зеленого – повторювати слова чи звуки, жовтого – робити паузу. Це формує здатність чекати сигналу, діяти за правилами, контролювати імпульсивність.

Ігрова психокорекція використовується для формування комунікативних навичок та емоційної регуляції. Наприклад, рольові ігри «У магазині», «У

лікаря», «У школі» допомагають відпрацьовувати вміння слухати співрозмовника, відповідати по черзі, користуватися ввічливими словами. Такі ігри дозволяють поєднати мовленнєві завдання з соціальним навчанням.

Методи позитивного підкріплення відіграють ключову роль у мотивації дітей із СДУГ. Це можуть бути словесні похвали («Молодець!», «У тебе добре виходить!»), жетонні системи («за три правильні відповіді – наклейка»), а також невеликі винагороди (право обрати наступну гру чи завдання). Позитивне підкріплення знижує ризик фрустрації, стимулює повторюваність бажаної поведінки та допомагає утримувати інтерес до занять.

Розглянемо четверту групу – ігрові методи та прийоми, які широко застосовуються в логопедичній допомозі дітям із синдромом дефіциту уваги та гіперактивністю. Ігрові методи посідають провідне місце у роботі з молодшими школярами із СДУГ, адже гра є для них найбільш природним і ефективним видом діяльності. Вона допомагає утримувати інтерес до занять, знижує напруження, розвиває увагу, пам’ять, мислення та, найголовніше, сприяє формуванню мовленнєвих і комунікативних навичок.

Сюжетно-рольові ігри («У магазині», «На уроці», «У лікаря») дають можливість відпрацьовувати мовленнєві конструкції у близьких до життя ситуаціях. Наприклад, у грі «У магазині» дитина виконує роль покупця: ставить запитання («Скільки коштує?»), формулює прохання («Дайте, будь ласка…»), дякує. Це дозволяє тренувати ввічливі формули, діалогічне мовлення і водночас правила поведінки.

Ігри на розвиток зв’язного мовлення часто базуються на роботі з картинками чи предметами. Наприклад, гра «Склади розповідь за картинками» або «Придумай закінчення історії» допомагає дитині вчитися будувати послідовні висловлювання, дотримуватися логіки, добирати слова за змістом. Для дітей із СДУГ такі завдання завжди подаються у короткій, структурованій формі, щоб уникнути перевантаження.

Рухливі мовленнєві ігри особливо важливі, адже поєднують фізичну активність і мовленнєве тренування. Наприклад, «Передай слово по колу»: діти

кидають м’яч один одному і називають слова певної теми (тварини, фрукти, іграшки). Така вправа тренує швидкість мовленнєвих реакцій, активізує словник і водночас знімає надмірне напруження.

Настільні ігри з мовленнєвим наповненням («Лото», «Доміно», карткові ігри зі словами чи складами) допомагають закріплювати звуковимову, читання чи граматичні форми. Наприклад, у грі «Доміно зі складами» дитина складає пари карток так, щоб слова продовжували одне одного. Це сприяє тренуванню навичок читання, уваги та зорового сприймання.

П’ята група – спеціальні логопедичні методи і прийоми, які безпосередньо спрямовані на подолання мовленнєвих порушень у дітей із синдромом дефіциту уваги та гіперактивністю. Ця група методів охоплює традиційні й сучасні прийоми логопедичної практики, адаптовані до потреб дітей із СДУГ. Оскільки в них часто спостерігаються порушення звуковимови, затримка розвитку лексико-граматичної системи, дисграфія чи дислексія, логопедична робота повинна бути спрямована на цілеспрямовану корекцію цих труднощів [15; 27 та ін.].

Робота над звуковимовою включає артикуляційну гімнастику, вправи для розвитку фонематичного слуху та постановку правильних звуків. Наприклад, для тренування звуку [р] застосовують ігрові вправи з картками («Знайди всі слова, де є [р]») або вправи з імітацією («Зарикав тигр»). Такі завдання допомагають не лише закріпити правильну вимову, а й підтримати увагу дитини через наочність і рухову активність [19; 26].

Розвиток словникового запасу та граматичної будови мовлення здійснюється через вправи на узагальнення («Назви одним словом»), добір антонімів і синонімів, складання речень з новими словами, вправи на узгодження прикметників з іменниками. Наприклад, логопед пропонує завдання: «Добери до слова «дерево» правильні прикметники – яке воно?». Такі вправи тренують мовленнєву логіку та допомагають дітям із СДУГ упорядковувати свої висловлювання.

Корекція письма та читання займає особливе місце, оскільки у значної

частини школярів із СДУГ спостерігаються дисграфічні та дислексичні помилки. Використовуються методи поетапного навчання: читання складів, слів і речень із опорою на наочність; вправи на розвиток зорово-просторового сприймання (складання букв із паличок, робота з кубиками Зайцева); тренування графомоторних навичок через малювання елементів букв, штрихування, прописування по контуру. Наприклад, дитині пропонують вправу «З'єднай букви, щоб утворилося слово», що стимулює увагу й розвиває зорову пам'ять [22].

Робота над зв'язним мовленням передбачає навчання побудові розповідей, складанню діалогів, описів предметів і сюжетних картинок. Важливо давати дітям чітку структуру: початок – середина – кінець, що допомагає організувати їхні висловлювання. Наприклад, у вправі «Продовж розповідь» дитина отримує початок історії і має завершити її власними словами.

Зупинимося на шостій групі – методах розвитку комунікативних навичок і соціальної взаємодії, які є особливо важливими для дітей із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю. У дітей із СДУГ комунікація часто ускладнена через імпульсивність, неуважність, труднощі у побудові зв'язних висловлювань, схильність перебивати співрозмовника чи не дотримуватися правил діалогу. Тому логопедична робота має не лише виправляти мовленнєві порушення, а й формувати соціально прийнятні навички спілкування [16; 20].

Методи діалогічного навчання включають вправи на відпрацювання вмінь слухати, чекати своєї черги, відповідати коротко і по суті. Наприклад, логопед проводить гру «Чарівний мікрофон»: говорить лише той, у кого в руках предмет-символ. Це допомагає дитині тренувати самоконтроль і повагу до співрозмовника.

Методи рольових ігор дозволяють дітям моделювати різні соціальні ситуації. У ході гри вони навчаються добирати мовленнєві формули відповідно до ролі та контексту, вчаться домовлятися, ставити запитання й відповідати на них. Наприклад, у грі «Ми в кафе» одна дитина виступає офіціантом, інша – відвідувачем, що допомагає закріплювати комунікативні кліше («Будь ласка»,

«Дякую», «Я хочу…»).

Методи групової взаємодії спрямовані на розвиток навичок співпраці. Логопед пропонує завдання, які можна виконати лише разом: скласти спільну розповідь по картинках, придумати кінець історії або розв'язати мовленнєву загадку. Така діяльність не лише розвиває мовлення, а й формує толерантність, уміння домовлятися, підтримувати інших [38].

Методи розвитку емоційного інтелекту поєднують мовленнєву і соціально-психологічну складову. Використовуються картки з емоціями, вправи «Вгадай настрій героя», «Як би ти відреагував у цій ситуації?». Діти вчаться розуміти емоційне забарвлення висловлювань, реагувати на нього адекватно, що знижує кількість конфліктів у колективі. Усе це спрямоване на те, щоб дитина із СДУГ навчилася правильно будувати діалог, дотримувалася правил комунікації та почувалася більш впевнено у спілкуванні з однолітками й дорослими.

Наступна група – методи і прийоми розвитку емоційно-вольової сфери, які є вкрай важливими у логопедичній допомозі дітям із СДУГ. Як вже неодноразово зазначалося, у таких дітей характерними є емоційна нестійкість, швидкі перепади настрою, низький рівень самоконтролю, підвищена тривожність, імпульсивність. Ці особливості ускладнюють навчання, спілкування та процес корекції мовлення. Тому логопедична робота має бути спрямована не лише на формування мовленнєвих навичок, а й на розвиток емоційно-вольової регуляції.

Методи релаксації та зняття емоційної напруги. Використовуються вправи на дихання («надуваємо кульку», «дуємо на пір'їнку»), ритмічні рухи під музику, спокійні малюнки («намалюй свій настрій»). Вони допомагають дитині зняти напруження, знизити рівень збудження й підготуватися до виконання завдань. Методи формування самоконтролю. Це ігри на зупинку й очікування: «Червоне – жовте – зелене світло», «Завмри». Дитина вчиться пригальмовувати імпульсивні реакції, регулювати власну поведінку, що позитивно впливає і на мовленнєву діяльність. Методи розвитку емоційної виразності. Використовуються вправи з картками емоцій («покажи, як сердиться зайчик», «як зрадів песик»), інсценізації коротких діалогів із різними емоційними

інтонаціями. Це допомагає дитині краще розуміти й відтворювати емоційно забарвлене мовлення, що збагачує її комунікативний досвід [4; 32; 33].

Обов’язковими є методи позитивного підкріплення. Дуже важливо формувати в дітей із СДУГ впевненість у власних можливостях. Логопед використовує словесні заохочення («Молодець!», «У тебе вийшло!»), систему маленьких винагород (наклейки, жетони), щоб підтримати інтерес до занять і сформувати позитивне ставлення до мовленнєвої діяльності.

Тепер розглянемо восьму групу – методи використання ігрових та мультимедійних технологій, які є особливо ефективними у роботі з молодшими школярами із СДУГ.

Ігрові методи. Для дітей із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю ігрова діяльність є природним і найефективнішим способом навчання. Через гру вони легше зосереджуються, приймають правила та виконують завдання. Використовуються мовленнєві ігри («Скажи слово навпаки», «Закінчи речення», «Хто більше придумає слів на звук [с]»), рольові ігри, які формують комунікативні вміння та розвивають мовленнєву активність.

Рухливі та інтерактивні ігри. Вони допомагають поєднувати мовленнєву діяльність із фізичною активністю. Наприклад, гра «Кольоровий сигнал» – дитина називає предмети певного кольору, виконуючи рухи; «Злови звук» – потрібно плеснути в долоні, коли почуєш слово на заданий звук. Такі ігри не лише активізують увагу, а й знижують надмірну збудливість.

Мультимедійні технології. Використання інтерактивних програм, логопедичних додатків, презентацій, відео та мультфільмів робить заняття яскравішими й більш захопливими. Наприклад, вправи на комп’ютері чи планшеті: «Знайди правильну букву», «Склади слово з букв», «Добери картинку до слова». Це дає можливість дитині одразу бачити результат своєї роботи й отримувати позитивне підкріплення.

Інтерактивні дошки та навчальні платформи. Вони дозволяють урізноманітнити завдання: від малювання й складання пазлів до роботи з текстами й звуковими файлами. Завдяки візуалізації та мультимодальному

підходу дитина краще сприймає інформацію, а виконання завдань стає схожим на гру, а не на формальне навчання [8; 26 та ін.].

Таким чином, ігрові та мультимедійні технології сприяють підвищенню мотивації до занять, полегшують засвоєння навчального матеріалу, допомагають знижувати напруження та формують позитивний емоційний фон. Вони є незамінними інструментами у логопедичній допомозі дітям із СДУГ, адже відповідають їхнім природним потребам у русі, новизні й візуальній підтримці.

Звернемо увагу на форми організації логопедичних занять з дітьми із СДУГ.

У логопедичній роботі з молодшими школярами, які мають синдром дефіциту уваги та гіперактивності, застосовують як індивідуальні, так і групові форми організації занять. Поєднання цих форматів є необхідним, оскільки вони виконують різні, але взаємодоповнюючі завдання.

Індивідуальні заняття забезпечують можливість максимальної адаптації завдань до індивідуальних особливостей дитини: її мовленнєвого розвитку, рівня уваги, працездатності та поведінкових особливостей. Такі заняття дозволяють логопеду регулювати темп роботи, повторювати завдання стільки разів, скільки потрібно конкретній дитині, а також створюють умови для безпечної корекції імпульсивності без впливу сторонніх подразників. Наприклад, у вправі «Світлофор» дитина спочатку тренується реагувати на сигнали логопеда самостійно, що допомагає виробити базові навички самоконтролю.

Групові заняття спрямовані на формування навичок соціальної взаємодії та комунікативної компетентності. В умовах групи дитина вчиться дотримуватися правил, чекати своєї черги, співпрацювати з іншими, що є надзвичайно важливим для школярів із СДУГ, які часто мають труднощі у спілкуванні. Наприклад, у грі «Заборонене слово» діти по черзі описують предмети, уникаючи певного слова, а однокласники мають відгадати предмет. Це тренує мовлення, увагу та вміння дотримуватися правил одночасно [15; 21].

Особливе значення має поєднання індивідуальних і групових занять. Індивідуальна робота дозволяє відпрацювати базові мовленнєві й когнітивні

навички, тоді як групові заняття створюють умови для перенесення їх у соціально значущі ситуації. Таким чином, індивідуальний підхід забезпечує корекцію специфічних труднощів, а групова форма сприяє закріпленню результатів у комунікативній діяльності, що підвищує ефективність допомоги та полегшує адаптацію дітей із СДУГ у шкільному колективі.

Отже, узагальнюючи всі вісім груп методів логопедичної допомоги дітям молодшого шкільного віку із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю, можна зазначити, що всі вони спрямовані на комплексний розвиток мовленнєвої, когнітивної та емоційно-вольової сфер. Методи діагностики, стимуляції уваги, розвитку фонематичних процесів, збагачення словника й формування граматичної правильності мовлення створюють базу для подолання первинних і вторинних порушень. Використання спеціальних вправ для удосконалення зв’язного мовлення, роботи з письмом і читанням, а також розвиток комунікативних умінь забезпечує поступове оволодіння школярами необхідними навчальними та соціальними навичками.

На нашу думку, особливе місце посідають ігрові та мультимедійні технології, які поєднують навчальну та розвивальну мету з природними потребами дітей у русі, емоційному забарвленні діяльності та візуальній підтримці. Завдяки комплексному застосуванню різних методів логопед має змогу створювати індивідуально орієнтовані програми, які враховують специфіку проявів СДУГ. Це дозволяє не лише коригувати мовленнєві вади, а й сприяти формуванню довільної уваги, самоконтролю, позитивної мотивації та успішної соціалізації молодших школярів із даним розладом.

2.3 Узагальнення та практичні рекомендації логопедичної роботи з дітьми молодшого шкільного віку із СДУГ

Організація логопедичної допомоги молодшим школярам із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю вимагає комплексного підходу, який враховує

поєднання мовленнєвих, когнітивних, емоційно-вольових та поведінкових особливостей цієї категорії дітей. Попередні підрозділи показали, що успішність логопедичної роботи залежить не лише від корекції конкретних мовленнєвих порушень, а й від урахування психолого-педагогічних умов, формування довільної уваги, розвитку самоконтролю та створення сприятливого соціального середовища. Саме інтеграція медичного, біологічного, педагогічного й логопедичного підходів забезпечує цілісність і результативність корекційної діяльності.

Водночас, незважаючи на наявність науково обґрунтованих принципів і сучасних методик, практична реалізація логопедичної допомоги потребує узгоджених дій усіх учасників освітнього процесу – логопеда, учителів, психолога та батьків. Така співпраця сприяє формуванню єдиного виховного простору, де логопедичні завдання органічно поєднуються з навчальною та повсякденною діяльністю дитини. У цьому контексті актуальним є формулювання узагальнених висновків і вироблення практичних рекомендацій, які стануть методологічною основою для подальшої логопедичної роботи з дітьми молодшого шкільного віку із СДУГ.

Узагальнюючи результати дослідження, можна стверджувати, що логопедична допомога дітям молодшого шкільного віку із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю повинна базуватися на інтеграції кількох взаємопов’язаних напрямів: профілактичного, корекційного, розвивального та соціально-адаптаційного. Її ефективність визначається не лише добором методів і прийомів, а й урахуванням психофізіологічних особливостей дитини, рівня її мовленнєвого розвитку, емоційно-вольової сфери, а також здатності до довільної регуляції поведінки. Важливим є системний підхід, що передбачає поєднання логопедичної роботи з медичним і психолого-педагогічним супроводом.

Проведений теоретичний аналіз показує, що діти із СДУГ потребують особливої уваги не лише через наявність мовленнєвих порушень, а й через труднощі соціалізації, навчальної мотивації та комунікативної поведінки. Тому логопедична діяльність має охоплювати широкий спектр завдань: від

формування правильної звуковимови й збагачення словника до розвитку пізнавальних процесів і виховання навичок конструктивного спілкування. Водночас особливої значущості набуває співпраця з родиною та педагогами, яка забезпечує узгодженість корекційних впливів і підвищує стійкість отриманих результатів.

Таким чином, сучасна логопедична допомога дітям молодшого шкільного віку із СДУГ повинна поєднувати корекцію мовленнєвих порушень із цілеспрямованим розвитком особистісної та пізнавальної сфер. Це дозволяє не лише зменшити прояви мовленнєвої недостатності, а й створює передумови для подальшої успішної адаптації дитини в умовах навчання та соціальної взаємодії.

Проведене дослідження дозволило розробити практичні рекомендації щодо логопедичної роботи з дітьми молодшого шкільного віку із СДУГ:

1. Забезпечення індивідуального підходу у виборі методів і прийомів логопедичної роботи.
2. Організація структурованого та передбачуваного логопедичного заняття.
3. Використання ігрових та мультимодальних методів для підтримання інтересу.
4. Систематичний розвиток довільної уваги, пам’яті та самоконтролю в процесі мовленнєвої діяльності.
5. Поєднання індивідуальних і групових форм роботи для розвитку комунікативних навичок.
6. Тісна співпраця логопеда з батьками та педагогами для узгодження вимог і підтримки вдома.
7. Створення позитивної емоційної атмосфери та підтримка мотивації дитини.

Перша практична рекомендація у логопедичній роботі з дітьми молодшого шкільного віку із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю полягає у забезпеченні індивідуального підходу. Це означає, що логопед має враховувати варіативність проявів СДУГ, рівень мовленнєвого розвитку, пізнавальні

можливості, особливості емоційно-вольової сфери та працездатності кожної дитини. Одні діти можуть мати виражений дефіцит уваги, інші – імпульсивність, ще інші – труднощі у мовленні чи письмі. Тому універсальні схеми тут не працюють: кожне заняття повинно адаптуватися під конкретного учня, а темп, обсяг і складність завдань – ретельно добиратися.

Індивідуалізація проявляється не лише у підборі вправ, але й у стилі взаємодії логопеда з дитиною. Для учня, схильного до імпульсивних реакцій, доцільно пропонувати завдання з елементами самоконтролю («чекай сигналу», «виконай лише після команди»), тоді як для дитини з низькою концентрацією уваги – вправи короткі, чіткі та емоційно забарвлені, з поступовим ускладненням. Важливо, щоб дитина відчувала успіх і поступовий прогрес, адже це формує внутрішню мотивацію до подальших занять.

Представимо кілька прикладів вправ, які можна адаптувати під індивідуальний підхід у логопедичній роботі з дітьми із СДУГ.

Вправа «Чарівне слово». Логопед показує картки з різними словами (наприклад, «кіт», «м’яч», «ліс», «стіл»). Дитина має повторювати лише ті слова, які починаються на певний звук (наприклад, [с]). Якщо слово не підходить – потрібно мовчати.

Для дитини з імпульсивністю це тренування самоконтролю («говорити тільки тоді, коли можна»). Для дитини з дефіцитом уваги завдання робиться коротким: 5–6 карток за раз, з частими змінами завдання, щоб утримати інтерес.

Гра «Мовчанка» з ускладненням. Завдання: скласти речення про картинку. Але – почати говорити можна лише після сигналу логопеда (дзвіночок, плескання). Для імпульсивних дітей – це тренування вміння чекати. Для неуважних – акцент на концентрації («слухай сигнал, тоді говори»).

Вправа «Розкажи по-своєму». Логопед читає короткий текст (2-3 речення). Дитина має передати його зміст «своїми словами». Для учня з бідним словниковим запасом – пропонуються підказки (слова на картках). Для дитини з підвищеною балакучістю – завдання обмежене: «розкажи тільки двома реченнями».

«Пастка для помилок». Логопед навмисне робить помилки у вимові («ліс росте у місті», «у небі плаває кіт») – дитина має зупинити його й виправити. Для імпульсивних дітей – тренування стриманості (виправляти лише тоді, коли помилка справжня). Для дітей із проблемами уваги – розвиток слухового контролю.

Друга рекомендація. Для дітей молодшого шкільного віку із СДУГ надзвичайно важливими є чіткість і передбачуваність навчального процесу. Нестача внутрішньої саморегуляції, труднощі з концентрацією та швидка втомлюваність роблять їх особливо чутливими до хаотичної організації занять. Тому логопед повинен вибудовувати роботу так, щоб дитина розуміла, що буде відбуватися далі, і мала можливість поступово переключатися з одного виду діяльності на інший.

Практичні прийоми.

Чітка структура заняття. Логопедичне заняття варто ділити на кілька коротких етапів (наприклад: вступ – основна частина – підсумок). Дитина заздалегідь знає, що кожен етап має свій зміст і тривалість.

Використання «розкладу заняття». На початку можна показати дитині картки або піктограми із зображенням послідовності вправ (наприклад, «гра з картками» → «вправи для артикуляції» → «читання віршика»).

Сигнали переходу. Для плавного переходу між завданнями можна застосовувати умовні сигнали – дзвіночок, картку певного кольору чи коротку ритмічну вправу. Це допомагає уникнути хаосу та різких змін, які діти із СДУГ переносять важко.

Закінчення заняття ритуалом. Наприклад, підсумкова фраза («Молодець, сьогодні ти навчився…») або маленька гра-закріплення. Це формує відчуття завершеності та передбачуваності.

Структурованість і передбачуваність зменшують рівень тривожності дитини, сприяють формуванню довільної уваги та кращій організації навчальної діяльності. Дитина починає орієнтуватися у послідовності роботи, вчиться планувати власні дії та очікувати на певний результат. Крім того, чітка структура

допомагає логопеду ефективніше розподіляти час, запобігати перевтомі та підтримувати мотивацію школяра протягом усього заняття.

Наступна рекомендація передбачає системність і комплексність логопедичної роботи з дітьми молодшого шкільного віку із СДУГ.

Системність означає, що логопедична робота повинна охоплювати всі аспекти мовленнєвої діяльності (фонетичний, лексичний, граматичний, комунікативний рівні) і проводитися поетапно: від підготовчих вправ – до формування складних мовленнєвих умінь. Комплексність же підкреслює необхідність поєднання логопедичних методів із психолого-педагогічними й навіть медичними рекомендаціями. Це важливо, бо мовленнєві труднощі у дітей із СДУГ не ізольовані, вони пов’язані з увагою, пам’яттю, моторикою, емоційною сферою.

Приклади реалізації цієї рекомендації.

Поєднання артикуляційної гімнастики та вправ на увагу. Наприклад, дитина виконує вправу «Маляр» (облизує верхню губу, «фарбує паркан»), але має робити рух тільки після сигналу логопеда. Таким чином розвивається і правильна артикуляція, і контроль дій.

Мовленнєві завдання + моторика. Під час вправи «Скажи і кинь м’яч» дитина вимовляє слово чи речення і водночас кидає м’яч логопеду. Це поєднує розвиток мовлення з координацією рухів та тренуванням уваги.

Спільна робота логопеда, психолога і вчителя. Наприклад, логопед відпрацьовує звуковимову, а психолог паралельно тренує самоконтроль через ігри «Стоп-рух», а вчитель закріплює ці навички в класі під час читання вголос.

Завдяки системному і комплексному підходу логопедична робота не обмежується лише заняттями, а поширюється на інші сфери життя дитини. Коли вдома, у школі й на індивідуальних заняттях відпрацьовуються одні й ті ж мовленнєві стратегії, дитина швидше засвоює матеріал і переносить нові навички в реальне спілкування. Це допомагає уникнути фрагментарності й робить корекційний процес більш стабільним і прогнозованим.

Ще одна важлива рекомендація – опора на збережені функції у

логопедичній роботі з дітьми молодшого шкільного віку із СДУГ. Суть принципу. У дітей із СДУГ, попри наявні мовленнєві, поведінкові чи навчальні труднощі, завжди є сильні сторони – це може бути гарна пам’ять на візуальні образи, багата фантазія, розвинене образне мислення, інтерес до певних тем (техніка, тварини, спорт тощо). Використання цих ресурсів дозволяє зробити логопедичний процес не лише ефективнішим, а й емоційно привабливим для дитини. Тобто замість того, щоб зосереджуватися лише на слабких сторонах, логопед підкріплює сильні функції та «підтягує» через них проблемні.

Приклади. Опора на зорову пам’ять. Якщо дитина краще запам’ятовує візуальні образи, логопед використовує картки із символами, малюнками чи схемами під час вивчення нових слів. Наприклад, замість простої артикуляції слова «корова», дитина бачить малюнок, обводить його пальцем і лише потім вимовляє.

Використання інтересів дитини. Якщо учень захоплюється футболом, вправи з лексики та граматики можуть будуватися на словах «м’яч», «ворота», «пас», складанні речень «Глеб б’є по м’ячу», «М’яч летить у ворота». Це підвищує мотивацію і знижує опір до навчання.

Фантазія та образність. Дітям із яскравою уявою пропонують завдання типу «Придумай історію за картинкою» або «Скажи чарівне заклинання, щоб намалювати звук [ш]». Так поєднується мовленнєва практика з творчістю.

Завдяки опорі на збережені функції логопед створює позитивний фон занять: дитина відчуває себе успішною, її сильні сторони визнають і підкріплюють. Це підвищує самооцінку, знижує тривожність і дає ресурс для подолання труднощів у мовленні. Крім того, такий підхід забезпечує більш міцний і довготривалий результат, оскільки навчання відбувається природно, на основі внутрішніх інтересів і можливостей дитини.

Наступна рекомендація – принцип діяльнісного підходу у логопедичній роботі з молодшими школярами із СДУГ. Діяльнісний підхід передбачає, що мовленнєвий розвиток дитини відбувається не у відриві від життя, а в процесі активної діяльності. Для дітей із СДУГ особливо важливо, щоб заняття не були

пасивними чи монотонними, адже їхня увага швидко виснажується, а імпульсивність заважає тривалому зосередженню. Тому логопедичні завдання інтегруються у рухові, ігрові, творчі та комунікативні види діяльності, які одночасно розвивають мовлення, мислення та соціальні навички.

Як приклади можна навести такі. Ігрова діяльність. Діти виконують вправи у формі гри: наприклад, «Злови слово» (логопед називає слова, а дитина плескає в долоні лише тоді, коли чує слово із заданим звуком). Це тренує фонематичний слух і водночас підтримує увагу.

Рухова активність. Вправи поєднуються з рухами: «Скажи речення і зроби крок уперед за кожне слово» або «Стрибай, коли почуєш звук [с]». Це дозволяє дитині реалізувати потребу у русі й закріплювати мовленнєвий матеріал.

Творчі завдання. Учням пропонують створювати малюнки, комікси чи колажі до слів і речень, які вони вивчають. Це сприяє розвитку словника та зв’язного мовлення через творчу активність.

Комунікативні вправи. Діти вчаться вести діалог у змодельованих ситуаціях: «у магазині», «на уроці», «на спортивному майданчику». Це формує соціально прийнятну мовленнєву поведінку.

Такий підхід дає змогу уникати перевантаження, адже дитина не просто «вчить», а «діє». Мовленнєві навички формуються у природних, життєво значущих ситуаціях, що підвищує мотивацію і забезпечує швидший перенос у повсякденну комунікацію. Крім того, діяльнісний підхід допомагає долати імпульсивність: дитина навчається контролювати власні дії в умовах гри чи спільної роботи, поступово переносить цей досвід у навчальну діяльність.

Ще одна важлива рекомендація – принцип поетапності та послідовності у логопедичній роботі з дітьми молодшого шкільного віку із СДУГ. Принцип поетапності означає, що логопедична робота будується від простого до складного, із поступовим ускладненням матеріалу та форм діяльності. Для дітей із СДУГ це особливо важливо, адже різкі переходи або надмірна складність завдань швидко знижують увагу, викликають втому й фрустрацію. Послідовність дозволяє закріплювати здобуті навички та уникати «провалів» у

навчанні.

Приклади реалізації.

Формування звуковимови. Спершу опрацьовується окремий звук у ізольованому вигляді, далі – у складах, словах, реченнях і лише потім у зв’язному мовленні.

Робота над словником. Дитина спочатку вивчає окремі слова за темою («овочі», «тварини»), потім складає з ними словосполучення, далі прості речення, і зрештою – невеликі розповіді чи діалоги. Формування навичок читання. Робота починається з букв і складів, потім переходить до коротких слів, простих речень і лише після цього до – текстів.

Управління поведінкою. Завдання структуруються на невеликі кроки: наприклад, «послухай і повтори 3 слова», потім «послухай і повтори 5 слів», поступово збільшуючи обсяг і складність.

Поетапність дозволяє дітям із СДУГ утримувати відчуття успіху, оскільки кожен етап є посильним і зрозумілим. Це стимулює мотивацію й формує віру у власні сили. Послідовність у роботі допомагає уникати хаотичного засвоєння знань і забезпечує стійке закріплення мовленнєвих умінь. Крім того, така організація враховує специфіку уваги дітей з СДУГ: невеликі, чітко структуровані кроки зменшують ризик перевантаження й підвищують продуктивність занять.

Наступна рекомендація – принцип корекційно-розвивальної спрямованості у логопедичній роботі з дітьми молодшого шкільного віку із СДУГ. Принцип корекційно-розвивальної спрямованості полягає у тому, що логопедична робота не зводиться лише до усунення мовленнєвих дефектів, а спрямована на гармонійний розвиток усієї психічної сфери дитини. Це означає, що паралельно з формуванням правильної звуковимови, словника чи граматики, логопед працює над розвитком уваги, пам’яті, мислення, емоційно-вольової регуляції. Для дітей із СДУГ такий підхід є принципово важливим, адже їхні труднощі не обмежуються лише мовленнєвою сферою.

Розвиток уваги під час мовленнєвих вправ. Наприклад, під час гри

«Уважний слухач» дитина повинна повторити лише ті слова, які починаються на певний звук. Так розвивається фонематичний слух і концентрація уваги одночасно. Формування довільності. Завдання «скажи слово тільки після сигналу» або «знайди помилку в реченні» тренують не лише мовлення, але й контроль імпульсивних дій.

Розвиток мислення через мовленнєві ігри. Наприклад, складання логічних ланцюжків («яблуко – фрукт – сад») допомагає не тільки збагачувати словниковий запас, а й формує вміння робити узагальнення. Емоційний розвиток. Використання вправ на інтонаційну виразність («скажи слово сердито/радісно/здивовано») сприяє кращому розумінню й регуляції емоцій.

Означений підхід дозволяє уникнути вузького фокусування лише на мовленні й формує у дитини цілісні пізнавальні та комунікативні вміння. Корекційно-розвивальна спрямованість робить логопедичні заняття більш ефективними, оскільки мовленнєві навички інтегруються у ширший контекст пізнавальної діяльності. Для дітей із СДУГ це особливо важливо: розвиток уваги, самоконтролю та мислення сприяє загальній успішності в навчанні й зменшує труднощі соціальної адаптації.

Наступна рекомендація – принцип наочності та мультимодальності у логопедичній роботі з дітьми молодшого шкільного віку із СДУГ. Сутність цього принцип полягає у використанні різних каналів сприйняття (зорового, слухового, тактильного, моторного) для засвоєння мовленнєвих знань та навичок. Це особливо актуально для дітей із СДУГ, оскільки їхня увага нестійка, і утримати зосередженість лише на одному виді діяльності складно. Залучення кількох аналізаторів одночасно активізує пізнавальну діяльність і сприяє міцнішому закріпленню матеріалу.

Приклади реалізації. Зорові засоби: використання картинок, предметних і сюжетних ілюстрацій, схем, карт пам’яті, інтерактивних презентацій. Наприклад, дитина може добирати слова до малюнків або складати речення за серією картинок. Слухові засоби: вправи на фонематичний слух, відтворення ритмів, ігри «слухай і повторюй», робота з аудіозаписами, скоромовками чи

віршиками. Тактильні й моторні засоби: ліплення букв і звуків із пластиліну, написання пальцем на піску чи крупі, використання рухових ігор («стрибни, коли почуєш слово зі звуком [с]»).

Мультимодальні вправи: завдання, які поєднують зорове, слухове й рухове сприйняття – наприклад, складання слова з літер, розташованих на картках, під час промовляння вголос і одночасного плескання у долоні на кожен склад.

Практика свідчить, що мультимодальний підхід забезпечує активну участь дитини у процесі навчання, знижує ризик перевтоми й монотонності. Крім того, він сприяє розвитку міжпівкульної взаємодії мозку, що є особливо корисним для дітей із СДУГ, у яких часто спостерігається дискоординація сенсомоторних функцій. Використання різних видів наочності підвищує інтерес до занять, допомагає краще зрозуміти матеріал та довше його утримувати у пам’яті, а також формує позитивне ставлення до логопедичних вправ.

Отже, можна стверджувати, що логопедична робота з дітьми молодшого шкільного віку із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю має будуватися на комплексі принципів і рекомендацій, які забезпечують її системність, ефективність та результативність. Практика показує, що найбільш значущими умовами є індивідуалізація занять, чітка структура та передбачуваність навчального процесу, використання мультимодальних ігрових методів, а також постійний розвиток довільної уваги, пам’яті й самоконтролю в межах мовленнєвої діяльності. Не менш важливими є поєднання індивідуальної та групової роботи, створення позитивної емоційної атмосфери, а також опора на сильні сторони та інтереси дитини, що підвищує її мотивацію до навчання. Разом із тим успіх логопедичної допомоги значною мірою залежить від узгодженості дій усіх учасників освітнього процесу – логопеда, учителів, психологів та батьків. Співпраця між ними дозволяє перенести корекційні досягнення у повсякденне життя дитини, сприяє закріпленню сформованих умінь і зниженню проявів дезадаптації.

Таким чином, логопедична робота з дітьми із СДУГ виходить за межі виправлення мовленнєвих порушень і набуває розвивально-виховного

характеру, створюючи основу для подальшої успішної соціалізації та навчальної діяльності школярів.

ВИСНОВКИ

Таким чином, проведене дослідження особливостей логопедичної роботи з дітьми початкової школи із синдромом дефіциту уваги та гіперактивністю, дозволило зробити такі висновки.

1. У ході дослідження з'ясовано сутність синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю як складного нейропсихологічного розладу, що поєднує в собі прояви гіперактивності, імпульсивності та дефіциту уваги. Встановлено, що це не просто поведінкова проблема, а системне порушення, пов'язане з особливостями функціонування центральної нервової системи та дозрівання структур головного мозку. Виявлено, що для підтвердження діагнозу необхідна тривалість симптомів щонайменше шість місяців, а їх інтенсивність має суттєво ускладнювати навчання, повсякденне життя та соціальну адаптацію дитини. З'ясовано, що прояви СДУГ починають виявлятися вже у дошкільному віці, однак особливо яскраво вони проявляються у молодшому шкільному віці, коли дитина стикається з вимогами до систематичного навчання, підвищеної концентрації уваги та регуляції поведінки. Таким чином, СДУГ має чітке медико-біологічне підґрунтя та потребує комплексного діагностичного і корекційного підходу.

2. Виявлено психолого-педагогічні та мовленнєві характеристики дітей молодшого шкільного віку із СДУГ. Вони полягають у труднощах організації навчальної діяльності, швидкій втомлюваності, імпульсивності, нестійкості уваги, емоційній збудливості та конфліктності у спілкуванні з однолітками. У сфері мовлення у таких дітей відзначаються значні відхилення: затримка мовленнєвого розвитку, дефекти звуковимови, обмежений словниковий запас, порушення граматичної структури, труднощі в опануванні читанням і письмом, що часто проявляється у вигляді дисграфії та дислексії. Доведено, що мовленнєві труднощі тісно пов'язані з особливостями когнітивної сфери: діти з СДУГ мають труднощі у запам'ятовуванні на слух, у розумінні логіко-граматичних

конструкцій, у формуванні внутрішньої програми висловлювання. Сукупність цих характеристик формує специфічний «портрет школяра із СДУГ», який часто неправильно сприймається дорослими як «ледачий» або «неслухняний», хоча насправді він потребує спеціальної підтримки.

3. Проаналізовано сучасні підходи до логопедичної допомоги дітям із СДУГ, серед яких виокремлюються медичний, біологічний, педагогічний та логопедичний. Медичний підхід підкреслює необхідність діагностики та за потреби медикаментозної підтримки, що створює базу для більш ефективної педагогічної й логопедичної роботи. Біологічний акцентує на сенсомоторних особливостях, нерівномірному розвитку психічних функцій і потребі у вправах для розвитку моторики та міжпівкульної взаємодії. Педагогічний підхід орієнтується на створення сприятливих навчальних умов, адаптацію завдань, чітку організацію уроків і розвиток соціальних навичок. Логопедичний підхід є центральним, адже він безпосередньо спрямований на подолання мовленнєвих порушень і розвиток комунікативної компетентності. Показано, що лише комплексне поєднання цих підходів дозволяє досягти сталих позитивних результатів.

4. Визначено ефективні напрями логопедичної роботи з дітьми молодшого шкільного віку із СДУГ: профілактичний, корекційний, розвивальний та соціально-адаптаційний. Профілактичний спрямований на попередження вторинних порушень мовлення та навчальних труднощів, що дає змогу зменшити ризик розвитку дисграфії, дислексії та проблем із граматичною будовою мовлення. Корекційний напрям зосереджений на усуненні вже наявних мовленнєвих дефектів, формуванні навичок читання й письма, розвитку зв’язного мовлення та подоланні специфічних помилок. Розвивальний орієнтується на вдосконалення пізнавальних процесів (уваги, пам’яті, мислення, уяви), що лежать в основі мовленнєвої діяльності. Соціально-адаптаційний передбачає формування навичок ефективної комунікації, розвиток вміння працювати в колективі, подолання бар’єрів у взаємодії з однолітками та вчителями. Така багатовекторність забезпечує цілісність логопедичного впливу

та підвищує шанси дитини на успішну інтеграцію у навчальне середовище.

5. На основі проведеного дослідження сформульовано практичні рекомендації для логопедів, учителів і батьків, які можна розглядати як методичні орієнтири у роботі з дітьми молодшого шкільного віку із СДУГ. Вони передбачають: індивідуалізацію логопедичної роботи з урахуванням специфіки проявів розладу; організацію структурованих і передбачуваних занять, що знижують тривожність і підвищують продуктивність; використання ігрових та мультимодальних методів для підтримання інтересу та мотивації; системний розвиток уваги, пам’яті та самоконтролю у процесі мовленнєвої діяльності; поєднання індивідуальних і групових занять для формування комунікативних навичок; співпрацю логопеда з батьками та педагогами, яка забезпечує наступність і узгодженість впливів; створення позитивного емоційного клімату, що сприяє зниженню імпульсивності й формуванню впевненості у власних силах. Виконання цих рекомендацій забезпечує не лише корекцію мовленнєвих порушень, але й гармонійний розвиток особистості дитини та її успішну соціальну адаптацію.

Загалом проведене дослідження підтвердило, що логопедична допомога дітям молодшого шкільного віку із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю є складним, багатогранним і водночас надзвичайно актуальним напрямом спеціальної педагогіки. Теоретичний аналіз і практичні рекомендації довели необхідність інтеграції медичного, психолого-педагогічного та логопедичного супроводу для досягнення стабільних результатів у мовленнєвому та загальному розвитку таких дітей. Вироблені підходи та рекомендації можуть стати методологічною основою для фахівців, які працюють із цією категорією учнів, а також сприятимуть підвищенню якості інклюзивної освіти й забезпеченню успішної соціальної адаптації дітей із СДУГ.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Князєв В. М. Особливості самооцінки та розвитку особистості у дітей із розладом дефіциту уваги з гіперактивністю. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія.* 2023. № 3. С. 34-39.
2. Годлевська В. Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю у дітей молодшого шкільного віку: сутність, діагностика, корекція. *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки*. 2021. Випуск 9. С. 73-78.
3. Грищенко С. В. Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю в дітей віком 6-8 років як медико-соціальна проблема. Національний університет «Чернігівський колегіум» ім. Т. Г. Шевченка. URL: https://surl.lu/fjzjvz
4. Присяжна Х. Психологічні особливості прояву синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю у першокласників. *Магістерський науковий вісник*. 2015. № 23. С. 173-178. URL: https://surl.lu/fssuoo
5. 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. № 5. С. 190-195. URL: https://surl.lt/uxwwid
6. Руденко Л. Аналіз психологічних методів диференціальної діагностики РДУГ у дитячому віці. *Науковий часопис Українського державного університету імені Михайла Драгоманова. Серія 12. Психологічні науки* : зб. наук. праць / за наук. редакцією І. С. Булах. Київ : Вид-во УДУ імені Михайла Драгоманова, 2024. Вип. 23 (68). С. 111-123.
7. Сухіна І. В. Гіперактивна дитина : методичні рекомендації. Харків : Вид-во «Ранок», ВГ «Кенгуру», 2018. 40 с.
8. Barkley R. A. ADHD and nature of self-control. New York, NY : Guilford Press, 1996. 410 p.
9. Тохтамиш О. М. Дитяча гіперактивність : виникнення, розвиток, методи

психосоціальної допомоги. *Актуальні проблеми психології*. 2005. № 1(14). С. 154-156.

10. Дуткевич Т. В. Дитяча психологія : навчальний посібник. Київ : Центр учбової літератури, 2007. С. 122-200.
11. Demontis D., Walters R.K., Martin J., et al. Discovery of the first genome-wide significant risk loci for attention deficit/hyperactivity disorder. *Nature Genetics*. 2019. 51(1). P. 63-75.
12. Gialluisi A., Andlauer T.F.M., Mirza-Schreiber N.Genome-wide association study reveals new insights into the heritability and genetic correlates of developmental dyslexia. *Molecular Psychiatry*. 2021. 26(7). P. 3004-301.
13. Kember R.L., Merikangas A.K., Verma S.S., et al. Polygenic Risk of Psychiatric Disorders Exhibits Cross-trait Associations in Electronic Health Record Data From European Ancestry Individuals. *Biological Psychiatry*. 2021. 89(3). P. 236-245.
14. Larsson H., Dilshad R., Lichtenstein P., Barker E.D. Developmental trajectories of DSM-IV symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder: Genetic effects, family risk and associated psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2011. 52(9). P. 954-963.
15. Villegas O. Desorden deficitario de atención e hiperactividad. *Revista de Psicología*. 1989. Vol. 7. № 1. P. 63-73.
16. Платаш Л. Наукові підходи до вивчення проблеми синдрому дефіциту уваги та гіперактивності. *Молодь і ринок.* 2013. № 4 (99). С. 82-86.
17. Атаманчук Н. М. Психологічні особливості дітей молодшого шкільного віку із синдромом гіперактивності. *Психологічний часопис* : збірник наукових праць / за ред. С.Д. Максименка. № 1 (11). Вип. 11. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка Національної академії педагогічних наук України, 2018. С.9-25.
18. Войтко В. В. Синдром дефіциту уваги і гіперактивності (СДУГ) у дітей : психолого-педагогічний супровід : навч.-метод. посіб. Кропивницький : КЗ «КОІППО імені Василя Сухомлинського», 2023. 76 с.

19. Соловйова Т. Г. Особливості логопедичної роботи з дітьми з синдромом дефіциту уваги та гіперактивністю. *Наука і освіта*. № 3. 2024. С. 53-59.
20. Федоренко М. В. Психодіагностика та психокорекція синдрому гіперактивності у дітей дошкільного віку з розумовою відсталістю : дис. … канд. психол. наук. Київ, 2015. 285 с.
21. Гончаренко Н. А. Особливості психологічної допомоги батькам дітей з синдромом дефіциту уваги та гіперактивності : дис. … канд. психол. наук. Київ, 2021. 327 с.
22. Касьян М. В. Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю як клініко-психологічна проблема. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19 : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. 2012. Вип. 21. С. 368-371. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu_019_2012_21_95
23. Клименко О. І. Особливості проведення логопедичної роботи з дітьми з синдромом дефіциту уваги та гіперактивностю. *Природнича наука й освіта: сучасний стан і перспективи розвитку* : збірник ІІІ Міжнар. наук.-практ. конф., (м. Харків, 22-23 верес. 2022 р.) ; Харків. нац. пед. ун-т ім. Г. С. Сковороди, 2022. С. 115-118.
24. Танцура Л. М., Пилипець О. Ю., Третьяков Д. В. Концепція виникнення мінімальної мозкової дисфункції та можливі шляхи запобігання її розвитку. *Український вісник психоневрології*. 2016. Том 24. Вип. 4 (89). С. 5-7. URL: http://surl.li/swhabj
25. Frigerio A., Montali L., Fine M. Risky and at-risk subjects: The discursive positioning of the ADHD child in the Italian context. *Biosocieties.* 2013. P. 245-264. URL: https://www.webofscience.com/wos/woscc/full-record/WOS:000325165400002
26. Левченко В. В. Соціально-психологічні засоби зниження проявів гіпердинамічного синдрому у дітей шкільного віку. *Теоретичні і прикладні проблеми психології* : збірник наук. праць СНУ ім. В. Даля, №1(30). Луганськ : Видавництво Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля, 2013. С. 172-179.

27. Романчук О. Діагностика та терапія гіперкінетичних розладів у дітей : методичний посібник. URL: https://surl.li/kqnqts
28. Лещенко О. Г. Профілактика ознак дисграфії у дітей дошкільного віку. *Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школах*. 2023. № 89. С. 37-40.
29. Журавльова Л. С. До проблеми корекції мовленнєвого розвитку молодших школярів із дисграфією. *Актуальні питання корекційної освіти*. 2016. Вип. № 7. URL: http://aqce.com. ua/download/publications/56/49.pdf.
30. Кравченко А., Цигвінцева Є. Профілактика дисграфії в дітей дошкільного віку засобами Монтессорі-педагогіки. *Сучасні проблеми педіатрії та реабілітації, 5 квітня 2016 року*. С. 68-70. URL: https://repository.sspu. edu.ua/bitstream/123456789/4230/1/ilovepdf_ com-68-70.pdf.
31. Кондратенко Л. О. Технологія попередження дисграфії : збірник. Київ : Главник, 2005. 96 с.
32. Ласточкіна О., Греченко Є. Профілактика дисграфії засобами настільних шашкових та інтерактивних ігор на SMART-дошці. *Актуальні питання гуманітарних наук. Педагогіка*. Вип 36, том 2, 2021. С. 214–219. URL: http://www. aphn-journal.in.ua/archive/36_2021/part_2/37. pdf.
33. Шеремет М. К. та ін. Логопедія : підручник. Київ : Видавничий Дім «Слово». 2014. 672 с.
34. American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). Порушення в навчанні та дитина дошкільного віку. URL: www.asha.org/policy.
35. Chung Peter J., Patel Dilip R., Nizami Iman. Disorder of written expression and dysgraphia: definition, diagnosis, and management. *Translational Pediatrics*. 2020. 9 (Suppl 1). P. 46–54. URL: https://tp.amegroups.org/article/ view/34093/28322.
36. Мартиненко І. В. Особливості комунікативної діяльності дітей старшого дошкільного віку з системними порушеннями мовлення : монографія. Київ : ДІА, 2016. 304 с.

37. Богуш А. М. Мовленнєвий розвиток дітей від народження до 7 років : монографія. Київ : Видавничий дім «Слово», 2004. 374 с.
38. Циганок О. В. Організація рухової діяльності дітей дошкільного віку з синдромом дефіциту уваги та гіперактивності. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19* : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. 2014. Вип. 25. С. 229-233.
39. Романчук О. Гіперактивний розлад з дефіцитом уваги у дітей : монографія. Львів : Навчально-реабілітаційний центр «Джерело», 2008. 324 с.
40. Родіна Н. В. Психологія копінг-поведінки : системне моделювання : монографія. Одеса : видавець Букаєв Вадим Вікторович, 2011. 364 с.
41. Практична психологія у початковій школі ; упоряд. О. А. Атемасова. Харків : Вид-во «Ранок», 2010. 160 с.
42. Науменко Н. О. Особливості самосвідомості дітей з синдромом дефіциту уваги та гіперактивністю : автореф. дис. … канд. психол. наук : 19.00.04, Харків. Нац. ун-т ім. В. Н. Каразіна. Харків, 2016. 20 с.
43. Мушкевич М. І. Психологічний супровід сімей, що мають проблемних дітей : автореф. дис. доктора психологічних наук : 19.00.07 – педагогічна та вікова психологія. Інститут психології ім. Г. С. Костюка НАПН України. Київ, 2020. 32 с.
44. Завязкіна Н. В. Соціальна адаптація підлітків з істероїдними рисами особистості. *Український психологічний журнал*: збірник наукових праць КНУ імені Тараса Шевченка. Київ, 2016. № 2. С.40-52.
45. Єськова А. О. Психологічні особливості виявлення та подолання гіперактивності у дітей старшого дошкільного та молодшого шкільного віку. *Гуманізація навчально-виховного процесу*. 2006. Вип. 31. С. 243-248.
46. Barkley R. A. Behavioral ingibition, sustained attention and executive functions: constructing a unifying theory, of attention deficit hyperactivity disorder. *Psychopharm*. 1997. Vol. 121. № 1. P. 65-94.
47. Ферт О. Гіперактивна дитина в школі. Стратегії корекції поведінки та академічної успішності : метод. рекоменд. Львів : Слово, 2012. 27 с.

48. Руденко Л. Синдром гіперактивності з дефіцитом уваги у дітей: причини і діагностика. *Наук.-практ. ж-л «Корекційна педагогіка. Вісник Української асоціації корекційних педагогів».* 2008. № 2. С. 9-12.
49. Романчук О. Гіперактивний розлад з дефіцитом уваги у дітей: практичне керівництво лікарям, психологам, педагогам. Київ : Джерело, 2008. 325 с.
50. Прокопів Л. Комплексний підхід у вихованні і навчанні гіперактивних дошкільників. *Психологія особистості*. 2013. № 1. С. 149-156.
51. Марценковський І. А., Бікшаєва Я. Б. Програмно-цільове обслуговування дітей та підлітків з гіперкінетичним розладом та ін. *Медична газета «Здоров'я України»*. № 5. 2009. С. 1-3.
52. Байєр О. О., Остіковська О. О. Особливості поведінкової терапії для дітей, які мають синдром дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ), у Європі. *Теорія і практика сучасної психології*. 2020. № 1. Т. 1. С. 129-133.
53. Rosenthal E. A, Broos H. C., Timpano K. R., Johnson S. L. Does Emotion-Related Impulsivity Relate to Specific ADHD Symptom Dimensions, and Do the Effects Generalize Across Comorbid Internalizing and Externalizing Syndromes? *Journal Of Attention Disorders*. 2024. Vol. 28. P. 178–188. URL: https://journals.sagepub. com/doi/10.1177/10870547231210283
54. Журавльова Л. С. До проблеми корекції мовленнєвого розвитку молодших школярів із дисграфією. *Актуальні питання корекційної освіти*. 2016. Вип. № 7. URL: http://aqce.com. ua/download/publications/56/49.pdf.
55. Березка С. В., Решетняк С. Ю. Особливості психологічного супроводу дошкільників з синдромом дефіциту уваги та гіперактивністю. *Young Scientist*. 2018. № 10. С. 83-86.
56. Ілляшенко Т. Гіперактивна дитина. Психологічний супровід у навчальному закладі ; упоряд. Т.Червонна. Київ : «Вид. Група «Шкільний світ», 88 с.
57. Мозгова Г. П. Теоретичний аналіз зв'язків РДУГ із позитивними аспектами розвитку. *Перспективи та інновації науки (серія «Психологія»)*. 2024. № 4(38). С. 955-964.

ДОДАТКИ

Додаток А

Добірка вправ для логопедичної підтримки дитини зі СДУГ

1. Для розвитку уваги та самоконтролю

Вправа «Стоп – Слово»

Логопед домовляється з дітьми: коли він говорить «Стоп!», усі повинні зупинити будь-яку дію і повторити слово, яке почули перед цим. Наприклад, логопед читає ряд слів: кіт, дерево, хмара, річка… і раптово каже «Стоп!». Дитина має повторити останнє слово (річка). Ця вправа тренує зосередженість, контроль над імпульсами і слухову пам’ять.

Вправа «Виконай тільки за сигналом»

Дитині пропонують прості інструкції, але виконувати їх потрібно лише після сигналу. Наприклад, логопед каже: «Покажи праву руку…» – дитина повинна чекати дзвоника або плеску в долоні, перш ніж виконати дію. Це допомагає гальмувати імпульсивні реакції.

2. Для формування фонематичного слуху

Вправа «Заборонений звук»

Логопед читає дітям ряд слів, серед яких є слова із забороненим звуком (наприклад, звук [р]). Коли дитина чує слово із цим звуком, вона повинна підняти руку чи плеснути. Це розвиває вміння чути й диференціювати звуки, підтримує увагу.

Вправа «Звуковий ланцюжок»

Дитина має придумати слово, яке починається на останній звук попереднього слова. Наприклад: кіт – тарілка – акула – ананас – сонце. Ця вправа тренує слухову увагу, пам’ять і гнучкість мислення.

3. Для розвитку словника й граматики

Вправа «Чарівний кошик»

У кошику предмети чи картинки. Дитина дістає картку і має скласти з цим словом речення, але з певною умовою: у майбутньому часі, у формі множини або з прикметником. Це допомагає гнучко оперувати граматичними категоріями.

Вправа «Закінчи речення»

Логопед починає речення: «На подвір'ї бігала…» або «У магазині я купив…». Дитина має швидко й правильно завершити. При цьому можна ускладнювати завдання: завершити речення у заперечній формі, у минулому часі тощо.

4. Для розвитку зв'язного мовлення

Вправа «Заборонене слово»

Дитині пропонують описати предмет, але не використовуючи його назву та ще 1–2 ключових слова. Наприклад: описати олівець, не вживаючи слова писати й малювати. Це розвиває уміння добирати синоніми, описові конструкції та стимулює мовну креативність.

Вправа «Розірвана казка»

Дитині пропонують уривок казки, але без кінцівки. Вона повинна самостійно придумати логічне завершення. Потім логопед порівнює із оригіналом, обговорює, чому дитина вибрала саме таку версію. Це формує мовленнєве планування та логіку висловлювань.

5. Для роботи над письмом і читанням

Вправа «Звукове доміно»

На картках – склади чи букви. Дитина має викладати ланцюжок так, щоб останній склад попередньої картки збігався з першим складом наступної. Це розвиває техніку читання та навички аналізу- синтезу.

Вправа «Переплутані букви»

Дитині дають слово з переплутаними буквами (тсіл → стілець). Завдання – правильно скласти слово. Це активізує зорово-просторове мислення і підтримує формування навичок письма.

Вправи для розвитку уваги та самоконтролю у дітей із СДУГ.

1. «Світлофор»

Дитина отримує картки трьох кольорів:

червоний – «стоп» (нічого не робити),

жовтий – «чекай» (приготуйся),

зелений – «дій» (виконуй завдання).

Логопед показує кольори у випадковому порядку. Завдання дитини – реагувати тільки на зелений. Це тренує гальмівні реакції й контроль над імпульсивністю.

2. «Лови – не лови»

Логопед кидає дитині м’яч, промовляючи різні слова. Дитина ловить тільки тоді, коли слово належить до заданої категорії (наприклад, назви тварин). Якщо слово не підходить, м’яч ловити не можна. Вправа формує вибіркову увагу та самоконтроль.

3. «Слухай і роби навпаки»

Логопед дає інструкції: «Підніми праву руку», «Плесни один раз» тощо. Але дитина повинна робити протилежне: піднімати ліву руку, плескати двічі. Це тренує здатність гальмувати автоматичні реакції та переключати увагу.

4. «Знайди помилку»

Логопед читає речення з навмисними помилками («У небі пливуть машини» або «Улітку йде сніг»). Завдання дитини – помітити й виправити помилку. Це допомагає розвивати уважність, мовленнєве мислення й контроль.

5. «Впіймай звук»

Логопед читає текст, домовившись із дитиною, що на певний звук (наприклад, [с]) треба плеснути в долоні. Це тренує концентрацію уваги на слуховому матеріалі, що особливо корисно для розвитку читання й фонематичного слуху.

6. «Повтори точно»

Логопед показує серію рухів (наприклад: плескання – тупання – підйом руки). Дитина має повторити їх у правильному порядку. Можна ускладнити завдання: додати «зайвий» рух, який дитина повинна пропустити. Це стимулює робочу пам’ять і контроль.

7. «Заборонене слово»

Домовляються, що є одне «заборонене» слово (наприклад, «кіт»). Логопед читає низку слів, серед яких іноді трапляється це слово. Дитина повинна залишатися мовчазною, коли чує заборонене слово, і повторювати всі інші. Це тренує стриманість і довільну увагу.