

- інтерактивні формати (рубрики «питання-відповідь») сприяють активному залученню батьків, підвищенню спроможності та впевненості батьків у розвитку дитини, ураховуючи її актуальні можливості;
- закрита Telegram-спільнота стає місцем безпечного простору для батьків, де учасники можуть вільно ставити запитання та обговорювати важливі теми без страху осуду;
- батьки можуть не лише отримувати, а й ділитися власним досвідом, що створює ефект взаємонавчання;
- формується довіра між фахівцем і батьками, що підсилює ефективність співпраці.

Список використаних джерел

1. Вахула Б. Я. Соціальні інтернет-мережі, їхні функції та роль у формуванні громадянського суспільства. *Вісник Львівського університету. Серія соціологічна*. 2012. №. 6. С. 311–319.
2. Борисенко З., Гавришак Л. Сутність та механізми інтернет-соціалізації особистості. *Проблеми гуманітарних наук. Психологія*. 2017. Вип. 41. С. 4–17.
3. Дянько Ю. А. Соціальні мережі як форма сучасної комунікації: плюси і мінуси. *Сучасне суспільство*. 2012. Вип. 2. С. 179–184.
4. Практичні комунікаційні кейси в інклюзивному освітньому середовищі: матеріали всеукр. наук.-практ. конф. (м. Київ, 22 листопада 2019 р.). Київ, 2019. 111 с.

Комплексний підхід до супроводу дітей з РДУГ: досвід практичного психолога ІРЦ

Успенська Віра Володимирівна,
фахівець КЗ «ХІРЦ №1», практичний психолог
verauspenskaya@gmail.com

У статті розглянуто сучасний комплексний підхід до супроводу дітей з розладом дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ) в умовах інклюзивно-ресурсного центру. Авторка надає детальний опис кейсів, практичних вправ, гейміфікованих методик, сенсорної інтеграції та тілесно-орієнтованих практик.

Ключові слова: РДУГ, ІРЦ, нейропсихологія, тілесна терапія, гейміфікація, психоосвіта, інклюзивна освіта.

Актуальність. Зростання кількості дітей з діагнозом РДУГ, пов'язане з впливом цифрового середовища, соціальних мереж і змін у навчальній системі, висуває нові вимоги до фахівців ІРЦ. Необхідність поєднання тілесних, сенсорних, психоосвітніх і когнітивних методик є критично важливою для успішного супроводу таких дітей.

Мета статті: висвітлити практичний досвід застосування комплексного підходу до психологічного супроводу дітей з РДУГ в умовах ІРЦ, представити дієві інструменти, що сприяють стабілізації поведінки, розвитку уваги та взаємодії з родинами.

Виклад основного матеріалу. У сучасній системі інклюзивної освіти психологічний супровід дитини з розладом дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ) є одним із найактуальніших завдань фахівців інклюзивно-ресурсного центру. Зростання кількості дітей з діагнозом РДУГ обумовлене як покращенням інструментів діагностики, так і реальним збільшенням випадків. За даними Американської психіатричної асоціації, у 1992 році частота діагнозу становила близько 3–5 %, у 2000 році – 6–7 %, а у 2025 році, за прогнозами, сягає 12 % серед дітей та 4,4 % дорослих.

Власний досвід супроводу двох дітей 9 і 10 років із діагнозом РДУГ дозволяє простежити ефективність мультикомпонентного підходу. Обидва учні мали труднощі в концентрації уваги, емоційній регуляції, високий рівень гіперактивності. Крім того, у хлопчика 9 років було виявлено ознаки дислексії: часті перестановки літер у словах, труднощі з читанням, порушення зорово-просторового сприйняття. У хлопчика 10 років – виражена імпульсивність, порушення моторного контролю, роздратованість при помилках.

Корекційні заняття включали нейропсихологічні вправи: малюнки по клітинках за зразком (стимулювання міжпівкульної взаємодії), побудова просторових фігур по вербальній інструкції, вправи з блоків Дьєнеша та пірамідок. Зокрема, вправи «Домалюй половину», «Знайди тінь», «Перенеси фігуру на координатну сітку» дозволили покращити просторову орієнтацію. На розвиток уваги працювали завдання «Знайди помилку» та «Викресли літери за правилом».

Для дитини з дислексією вводились вправи на фонематичний слух: складання рим, пошук слів на звук, малювання «поясни словами» (малюнок після прослуханого тексту). Завдяки методиці зорово-слухових диктантів (коли слово проговорується, показується і потім фіксується письмово) вдалося досягти зменшення кількості помилок на 30 % за два місяці.

Тілесно-орієнтовані вправи включали балансування на нестійкій поверхні (гімнастичний диск), вправу «ластівка» з утриманням рівноваги до 15 секунд, перехресні кроки з дотиком до протилежного коліна, робота з м'ячами на координацію («удар – піймай – назви»). Використовували також вправи з методики Brain Gym: «вуха – ніс», «вісімки», «млин» для активації кори великих півкуль.

З метою підвищення мотивації до участі в заняттях було впроваджено систему винагороди через платформу LogickLike: за кожне завершене завдання дитина отримувала «монету», які обмінювала на бонус (права обирати наступну гру, 5 хвилин гри в Kahoot! чи гри з упізнавання прапорів країн). Це створювало ефект дофамінового підкріплення та суттєво знижувало опір до когнітивних навантажень.

Психоосвітня робота з батьками включала індивідуальні консультації, інформаційні листи та перегляд освітніх відео про природу РДУГ (за допомогою платформи YouTube). Поступово батьки від «виховного» підходу переходили до прийняття нейропсихологічного профілю дитини, почали підтримувати домашню рутину та сталість графіка.

Загалом, за 3 місяці супроводу спостерігалось підвищення рівня концентрації, зменшення моторного неспокою, покращення мовлення та самоконтролю. *Особливо цінною виявилася гнучка модель поєднання когнітивних, тілесних та ігрових методів у межах одного заняття.*

Отже, практика підтверджує, що тільки інтеграція тілесної активності, психоосвіти, нейропсихології та технологій дозволяє досягти стабільної динаміки в дітей з РДУГ. Роль фахівця ІРЦ – бути не лише спеціалістом, а партнером для родини та педагога, що веде дитину до навчальної готовності та саморозуміння.

Значну увагу в роботі з обома дітьми було приділено формуванню рутинної структури заняття. Кожна зустріч мала стабільний ритм: привітання з візуальною розміткою настрою (обличчя-смайли), короткий руховий блок, основна когнітивна частина та завершення із саморефлексією. Ця структурованість дозволяла зменшити тривожність, підвищити передбачуваність процесу та поступово формувати часову орієнтацію.

У роботі з хлопчиком з ознаками дислексії особливе місце займали вправи на розвиток зорово-моторної координації. Наприклад, ми використовували вправу «лабіринти по клітинках», де дитина олівцем простежувала шлях до мети за складною інструкцією. Також ефективною виявилася методика «дзеркального малювання» – одночасне ведення ліній обома руками, що сприяло розвитку міжпівкульної координації.

Для тренування робочої пам'яті застосовувались ігри на повторення серій слів або чисел у зворотному порядку, завдання типу «запам'ятай – зміни – відтвори», що дозволяло посилити внутрішнє мовлення та планування. Діти з РДУГ часто мають труднощі у збереженні та маніпулюванні інформацією в короткотривалій пам'яті, тому ці вправи вводилися щоденно у мініформаті.

Окремо варто підкреслити роль сенсорної інтеграції. Після діагностики сенсорного профілю в дитини 10 років було виявлено гіпочутливість до дотику, що проявлялось у потребі до постійного руху, стискання предметів, жування та рвання паперу. Як компенсаторний ресурс на заняттях використовувались сенсорні м'ячики, тактильні подушки, важкі олівці. Це дозволяло «заземлити» дитину, допомогти їй краще сфокусуватися.

У грі «слідуй за інструкцією» дитина мала виконати 3–5 команд у правильній послідовності (наприклад: «поклади червону фішку під жовтий квадрат і торкнись зеленого трикутника»). Це розвивало здатність до слухової уваги, планування, точності моторної відповіді. Гра ускладнювалася поступово, що дозволяло формувати стійкість до когнітивного навантаження.

Також була запроваджена вправа «зміни кінець»: дитина мала вигадати альтернативне завершення знайомої історії або короткого мультфільму. Це розвивало креативність, прогнозування та мовленнєве оформлення думок. У дитини, яка спочатку уникала вербального викладу, після 6 тижнів занять з'явилися спонтанні мовленнєві репліки та бажання розповідати.

Особливо ефективною виявилася техніка «емоційного годинника», де дитина позначала свій настрій у вигляді кола, поділеного на сектори: радість, злість, тривога, спокій. Потім ми разом аналізували, як змінювався стан протягом заняття. Це сприяло емоційній грамотності, розвитку саморегуляції та довірі до фахівця.

Використання візуальних підказок (пиктограм, чек-листів завдань, емоційних карток) забезпечувало підтримку дітей у моменті труднощів. Замість повторних указівок ми разом дивилися на «карти дій» і вибирали, що робити далі. Така система зменшувала навантаження на короткочасну пам'ять і стимулювала самостійність.

Під час корекційної роботи велике значення мало формування «поля успіху» для кожної дитини. Діти з РДУГ часто мають досвід навчальних невдач, отримують зворотний зв'язок у формі критики, що негативно впливає на їхню мотивацію. Тому доцільно було впровадити принцип мікроуспіху: кожне завдання розбивалося на частини, і навіть за часткове виконання дитина отримувала позитивне підкріплення (схвальне слово, смайлик, наклейку зірку). Це допомогло зміцнити внутрішню мотивацію та віру у власні можливості.

Особливо ефективною стала «гра в експерта»: дитина отримувала роль ведучого або вчителя, мала пояснити нове завдання дорослому: мамі чи педагогу. Такий підхід стимулює розвиток метакогнітивних навичок, самоорганізації, активізує виконавчі функції. Навіть короткі фрагменти, коли дитина «жерує» ситуацією, сприяли зростанню впевненості.

Ще одним інструментом стабілізації стало ведення щоденника настрою: раз на тиждень дитина разом із мамою заповнювала сторінку з підсумками – що сподобалось, що вдалося, що було складно. Цей простий ритуал сприяв рефлексії та зміцненню довірливого контакту.

З метою залучення родини у процес корекції створювалися індивідуальні «повідомлення підтримки», через дистанційний формат батьки отримували рекомендації на кожен тиждень: вправи вдома, перелік заборонених/дозволенних підкріплень, поради для зменшення конфліктів. У цих матеріалах також були посилання на відео вправ, які батьки могли переглянути разом із дитиною. Це формувало партнерство та відчуття спільної дії.

На завершальному етапі супроводу проводилась оцінка динаміки: використовували шкали оцінки уваги та поведінки (Conners), інтерв'ю з батьками, порівняння результатів вправ у динаміці. У хлопчика 9 років із дислексією відзначено покращення у фонематичному слуху та читанні (помилки зменшилися на 45 %), у хлопчика 10 років – суттєве зменшення імпульсивності та збільшення часу продуктивної діяльності (з 5 до 12 хвилин без зовнішнього підкріплення).

Отже, можна підсумувати, що індивідуальний супровід у межах ІРЦ має будуватися не лише на діагностичних висновках, а на живому діалозі з дитиною, сім'єю та в майбутньому зі школою. Інтеграція тілесних, когнітивних, сенсорних та ігрових стратегій дозволяє не лише пом'якшити симптоматику РДУГ, а й підтримати особистісний розвиток дитини у складному освітньому середовищі.

Висновки. Практичний досвід підтверджує ефективність мультикомпонентної моделі супроводу дітей з РДУГ. Упровадження тілесних, сенсорних, когнітивних і мотиваційних стратегій у взаємодії з родиною та освітнім середовищем дозволяє покращити навчальну успішність, зменшити рівень тривожності та сформуванати позитивне ставлення дитини до себе та процесу навчання.

Список літератури

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. Washington, D.C. : APA, 2013. 991 p.
2. Visser S. N., Danielson M. L., Bitsko R. H., Perou R., Blumberg S. J. Trends in the parent-report of health care provider-diagnosed and medicated ADHD: United States, 2003–2011 // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. – 2014. – Vol. 53, № 1. – P. 34–46.
3. Faraone S. V., Asherson P., Banaschewski T., Biederman J., Buitelaar J. K. et al. The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder // Neuroscience and Biobehavioral Reviews. – 2021. – Vol. 128. – P. 789–818.

4. Rosen L. D., Lim A. F., Carrier L. M. et al. Media and technology use predicts ill-being among children, preteens and teenagers independent of the negative health impacts of exercise and eating habits // *Computers in Human Behavior*. – 2013. – Vol. 29, № 3. – P. 1241–1249.
5. Лурія А. Р. Основи нейропсихології. К. : Вища школа, 1973. 456 с.
6. Глущенко О. І. Нейропсихологічна корекція дітей з труднощами навчання. К. : Освіта України, 2020. 212 с.
7. Banaschewski T., Coghill D., Santosh P. et al. Long-acting medications for the hyperkinetic disorders. A systematic review and European treatment guideline // *European Child & Adolescent Psychiatry*. – 2006. – Vol. 15, № 8. – P. 476–495.
8. Przybylski A. K., Weinstein N. A large-scale test of the Goldilocks hypothesis: Quantifying the relations between digital-screen use and the mental well-being of adolescents // *Psychological Science*. – 2017. – Vol. 28, № 2. – P. 204–215.
9. Barkley R. A. ADHD and the Nature of Self-Control. – New York : Guilford Press, 2012. – 348 p.
10. Dennison P. E., Dennison G. E. Brain Gym: Teacher's Edition. – Ventura, CA : Edu-Kinesthetics, Inc., 2003. – 225 p.