

УДК 376.011.3-051/.091.315.7(045)  
DOI <https://doi.org/10.32840/1992-5786.2021.74-3.6>

**К. Л. Крутії**

доктор педагогічних наук, професор,  
професор кафедри дошкільної та початкової освіти  
Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського

**Л. В. Зданевич**

доктор педагогічних наук, професор,  
завідувачка кафедри дошкільної педагогіки, психології та фахових методик  
Хмельницької гуманітарно-педагогічної академії

## НЕОБХІДНІСТЬ МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНОГО ПІДХОДУ ДО РОЗРОБЛЕННЯ ОСВІТНІХ ПРОГРАМ ПІДГОТОВКИ БАКАЛАВРІВ ДО АБІЛІТАЦІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

*У статті розкрито актуальність і необхідність своєчасного психолого-педагогічного обстеження дитини, проектування програми раннього втручання і корекції розладів дефіциту уваги та гіперактивності (РДУГ, англ. Аббревіатура – ADHD). Авторами запропоновано новий підхід до розробки освітньої програми підготовки студентів бакалавріату спеціальності «Дошкільна освіта. Логопедія» до здійснення абілітаційної діяльності з дітьми раннього та дошкільного віку.*

*У сучасній психології та педагогіці дітям з проблемами поведінки почали приділяти більше уваги, шукаючи істинні причини непосидючості, неухважності, імпульсивності тощо. У 2004 році Всесвітня асоціація дитячої та підліткової психіатрії і суміжних професій (IACAPAP) визнала розлад дефіциту уваги та гіперактивності проблемою № 1 у сфері охорони психічного та психологічного здоров'я дітей та підлітків. Щорічно кількість дітей, що страждають на цей синдром, збільшується. Гіперактивність є стабільною рисою дитини, яка, однак, може змінюватися з віком, може виражатися в різному ступені залежно від ситуації. Залежно від прийнятої дефініції РДУГ, віку досліджуваних та інших чинників співвідношення хлопчиків до дівчаток з цим синдромом в усьому світі становить від 2,5:1 до 10:1. До дітей із розладами ДУГ належать ті, які мають неухважність, імпульсивність та гіперактивність. Причинами РДУГ є: пре- та перинатальні патології, патології вагітності та пологові, генетична зумовленість, токсична зумовленість (свинець, саліцилати, вуглеводи). Механізми РДУГ визначаються: ММД (мінімальні мозкові дисфункції), дисфункції нейромедіаторних систем, дисфункції різних ділянок мозку, відповідальних за організацію процесів уваги, несформованість (незрілість) регуляторних структур головного мозку. Проявами РДУГ більшість дослідників називають: порушення організації діяльності, мовленнєві та сенсомоторні порушення, несформованість навичок інтелектуальної діяльності, «м'яка» невротична симптоматика, комплексні труднощі приймання та обробки інформації, асоціальна поведінка.*

**Ключові слова:** абілітація, абілітаційне середовище, абілітаційна діяльність.

**Постановка проблеми.** Перед державою та суспільством стоїть надзвичайно важливе завдання виступити гарантом соціальної захищеності дітей з особливими потребами, узяти на себе обов'язок забезпечити їм умови для нормального життя, навчання й розвитку задатків, професійної підготовки, адаптації до соціального середовища, тобто для їхньої абілітації. Про важливість раннього періоду формування особистості дитини, роль соціального оточення, вплив досвіду відносин з близькими людьми наголошується у вітчизняних та зарубіжних психолого-педагогічних дослідженнях (Л. Виготський [3] та ін.). Автори підкреслюють необхідність вивчення та впровадження програм допомоги сім'ї та підтримки батьків саме в перші роки життя дитини. Особливе становище посідають сім'ї, які мають дитину з порушеннями розвитку.

Останніми роками в Україні, як і в усьому світі, збільшується кількість дітей раннього та дошкільного віку, які мають симптоми або діагнози, які свідчать про розлади розвитку. Найбільш розповсюдженими є розлади аутистичного спектра (РАС), дитячий церебральний параліч (ДЦП), розлади комунікації (мови, вимови, побіжності мовлення, соціальний розлад комунікації), розлади дефіциту уваги та гіперактивності (далі – РДУГ). У всьому світі загальноприйнятою є англійська аббревіатура ADHD (Attention Deficit / Hyperactivity Disorder), яка була запропонована класифікацією Американської психіатричної асоціації (DSM-IV), а також Міжнародною класифікацією хвороб МКХ-10 (ICD-10), запропонованою Всесвітньою організацією охорони здоров'я [9; 11]. Це призводить до того, що сучасні дошкільники мають труднощі у соціалізації, комунікації, навчанні, психофізичному

розвитку. Це є значною перешкодою для формування гармонійної здорової особистості.

Симптоми РДУГ зазвичай відзначаються в дитини, починаючи з 3–4-річного віку і до 7 років. Особливо гостро відчуваються проблеми у дітей 4–6 років, коли дошкільник стає більш незалежним від дорослих, отримує нові обов'язки, готується до переходу на новий етап свого життя – навчання в школі. Саме в цей період найбільше проявляються проблеми з пам'яттю, увагою, мисленням, мовленням, уявою дитини. Вищі психічні функції є фундаментом для накопичення усього життєвого досвіду, і якщо це підґрунтя не є міцним, то вся подальша діяльність дошкільника, а потім і школяра, матиме певні проблеми. Це може сформувати в дитини внутрішнє уявлення про себе, як неуспішну і слабку особистість, що стане стійким переконанням на все життя.

#### **Аналіз останніх досліджень і публікацій.**

У сучасній психології та педагогіці дітям з проблемами поведінки почали приділяти більше уваги, шукаючи істинні причини непосидючості, неухвності, імпульсивності тощо. У 2004 році Всесвітня асоціація дитячої та підліткової психіатрії і суміжних професій (IACAPAP) визнала розлад дефіциту уваги та гіперактивності проблемою № 1 в сфері охорони психічного та психологічного здоров'я дітей та підлітків. Щорічно кількість дітей, що страждають на цей синдром, збільшується [4; 9].

Аналіз розповсюдженості РДУГ дає підстави стверджувати, що 60% дорослих, у яких було виявлено розлади в дитинстві (або вони отримали діагноз вже у дорослому віці), мають певні проблеми з проявами синдрому [7]. Більшість дослідників схиляється до думки, що РДУГ зустрічається в усьому світі й у всіх культурах. Польські автори відзначають, що прояви синдрому гіперактивності продовжують зберігатися у 70% підлітків. За даними інших дослідників, ця проблема виявляється у 2% популяції дорослих. Крім того, розпізнати гіперкінетичне порушення у дорослої людини набагато складніше, ніж у дитини. Частотність прояву РДУГ в дітей молодшого шкільного віку становить 3–10% (є дані навіть 28% [2, с. 356]). За опублікованими даними, у США гіперактивних дітей – 4–20%, у Великобританії – 1–3%, в Італії – 3–10%, у КНР – 1–13%, в Австралії – 7–10%, в Україні – 12%.

Прояв синдрому яскравіше відзначається у дітей у віковому діапазоні 6–8 років. Згідно зі світовими даними тільки 1/5 від загальної кількості гіперактивних дітей потрапляє до уваги фахівців [6; 10]. Зростання числа виявлених випадків дітей з діагнозом РДУГ багато авторів пов'язують з ростом усвідомлення цієї проблеми.

За офіційними даними Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України РДУГ спостеріга-

ється у 12,2% школярів, хоча є й інші дослідження, де вказується 28% дитячої популяції у різних країнах (за М. Безруких [2]). Цей показник має такий широкий розкид тому, що немає специфічних методів чіткого та достовірного виявлення цього синдрому. За неофіційними даними цей показник значно вище, адже офіційний діагноз має право поставити лише дитячий психіатр, а сучасні українці досі негативно та з острахом ставляться до фахівців цієї професії, тому не звертаються, пояснюючи асоціальну поведінку дитини особливостями характеру. Новітні дослідження показують, що якщо у кого-небудь із близьких або далеких кровних родичів виявлялися ознаки синдрому, то ризик його прояви у чергового члена сім'ї в 5–7 разів вище, ніж в сім'ях, в яких цієї проблеми не існувало. Ризик прояву РДУГ зростає до 50%, якщо один із батьків мав або має гіперкінетичне порушення. Ці факти свідчать про те, що РДУГ є порушенням, що передається з покоління в покоління, тобто зумовлено генетично.

Так, Американська академія педіатрії (ААП) радить оцінювати як розлад гіперактивності всіх дітей віком від 4 до 18 років, які мають поведінкові проблеми або проблеми в навчанні та часто неуважні, імпульсивні та гіперактивні [6]. Діагностика вимагає мінімум 6 збігів симптомів з кожної групи: з 9 ознак неуважності й з 9 ознак гіперактивності та імпульсивності. Ці симптоми мають постійно проявлятися не менше, ніж 6 місяців у різних ситуаціях та мінімум у двох соціальних середовищах. А ще самі ознаки повинні проявлятися до 12 років, при цьому ніяк не пояснюючись іншими психічними розладами.

На жаль, чіткий діагноз РДУГ не може бути виставлений раніше 12 років, хоча ознаки його вже чітко проявляються ще в дошкільному віці (з 4 років) і мають надалі негативний вплив на дитину.

Отже, гіперактивність є стабільною рисою дитини, яка, однак, може змінюватися з віком, може виражатися в різному ступені залежно від ситуації. Залежно від прийнятої дефініції РДУГ, віку досліджуваних та інших чинників, співвідношення хлопчиків до дівчаток з цим синдромом в усьому світі становить від 2,5:1 до 10:1 [8; 10]. Така різниця в показниках, на думку деяких авторів, впливає з факту недооцінки проблеми серед дівчаток у зв'язку з тим, що у них частіше виступає підтип з переважанням порушень концентрації уваги.

Педагоги також не завжди розуміють істинну причину поведінки та неуспішності й соціалізації дітей із РДУГ, пояснюючи це результатом поганого виховання з боку батьків.

Відповідно, такі діти не отримують своєчасної діагностики, медичної допомоги та необхідної психолого-педагогічної підтримки, не задіяні

в абілітаційних заходах як з боку медиків, так і з боку педагогів.

Перші симптоми РДУГ проявляються саме у дошкільному віці, коли мозок дитини ще дуже пластичний, тому так важливо їх виявити на початковій стадії і вчасно розпочати абілітацію дитині. В такому разі доцільно надати інформацію батькам про правильну організацію життєдіяльності та створення сенсорно збагаченого середовища для такого дошкільника.

**Метою статті** є актуалізація дефініції «абілітаційна діяльність» та ознайомлення з теоретичною моделлю створення освітньої програми підготовки фахівців до цієї діяльності.

**Виклад основного матеріалу дослідження.** Методологічними засадами дослідження стали особистісно орієнтований та системний підходи.

*Особистісно орієнтований підхід* (І. Бех, В. Слободчиков та ін.) передбачає створення безпечних, комфортних умов розвитку особистості дитини на основі саморозвитку і реалізації її природних можливостей і засвоєння нею культурних цінностей у суспільстві. Особистість дитини розглядається нами як пріоритетний суб'єкт, який стає метою організації адаптивної, психологічно безпечної освітньої системи. Досягнення позитивних результатів корекційно-розвивальної роботи з дітьми, які мають симптоми РДУГ, в умовах їхнього включення в освітній процес досягається в результаті оволодіння всіма суб'єктами процесу (педагогами, фахівцями, батьками) засобами взаємодії, побудованими з урахуванням індивідуальних особливостей дітей на основі знання методів і прийомів роботи корекційних педагогів.

*Системний підхід* (Б. Гершунський та ін.) є підґрунтям аналізу психічного розвитку, здоров'я і соціалізації дітей, представлених нами як цілісна біолого-соціальна система – точка відліку і базове сутнісне поняття у визначенні критеріїв оцінки якості корекційної роботи з дітьми. Системний підхід послужив методологічними засадами проектування і моделювання організації супроводу дітей із симптомами РДУГ. Виховання і навчання дітей будується відповідно до положень *культурно-історичної теорії* Л. Виготського: про загальні закономірності й специфічні особливості дітей з порушеннями розвитку, про провідну роль навчання в розвитку, про організацію сенсорно збагаченого середовища як необхідної умови для соціалізації дитини, формування інтеграційних якостей особистості, інтелекту й діяльності [3].

*Методологічну основу дослідження становлять теорії:* інтеграції системи спеціальної та загальної освіти (В. Селіверстов, О. Стребелева та ін.); єдності закономірностей розвитку в умовах онтогенезу і дизонтогенезу (Л. Виготський, В. Лубовський та ін.); сучасні концепції загальної і спеціальної (корекційної) дошкільної освіти

(О. Стребелева, Л. Федорович та ін.); здоров'я і психосоматичних відносин (І. Аршавский та ін.); педагогічної підтримки (М. Безруких та ін.) і психолого-педагогічного супроводу (М. Битянова, О. Стребелева та ін.).

Розлади дефіциту уваги та гіперактивності часто визначаються термінами «гіперкінетичне порушення», «гіперкінетичний розлад», «гіперкінетичний синдром» тощо. Порушення, про яке йдеться, під різними назвами відомо понад 150 років. У всьому світі загальноприйнятою є англomовна абревіатура ADHD (Attention Deficit / Hyperactivity Disorder), яка була запропонована класифікацією Американської психіатричної асоціації (DSM-IV), а також Міжнародною класифікацією хвороб МКХ-10 (ICD-10), запропонованою Всесвітньою організацією охорони здоров'я [8].

У роботі ми будемо послуговуватися таким визначенням: *розлад дефіциту уваги з гіперактивністю* – це неврологічно-поведінковий синдром розладу розвитку, який проявляється ще в дошкільному віці й характеризується такими симптомами, як труднощі концентрації уваги, гіперактивність і погано керована імпульсивність. Цей синдром вважається одним із найпоширеніших психоневрологічних розладів, в якому на перший план виходить саме дефіцит уваги [2; 7].

Для нас є також важливими діагностичні критерії РДУГ, які визначено сучасною системою DSM-5 [8].

DSM-5 – це нозологічна система психічних розладів, яку було розроблено та опубліковано Американською психіатричною асоціацією у 2013 році. Діагностичні критерії РДУГ DSM-5 охоплюють чіткі ознаки та вимоги і базуються на всебічному медичному, освітньому, експериментальному та психологічному оцінюванні [9].

До дітей із розладами ДУГ належать ті, які мають неувважність, імпульсивність та гіперактивність. *Причинами РДУГ* є: пре- та перинатальні патології, патології вагітності та пологів, генетична зумовленість, токсична зумовленість (свинець, саліцилати, вуглеводи).

*Механізми РДУГ* визначаються: ММД (мінімальні мозкові дисфункції), дисфункції нейромедіаторних систем, дисфункції різних ділянок мозку, відповідальних за організацію процесів уваги, несформованість (незрілість) регуляторних структур головного мозку.

*Проявами РДУГ* більшість дослідників називають: порушення організації діяльності, мовленнєві та сенсомоторні порушення, несформованість навичок інтелектуальної діяльності, «м'яка» невротична симптоматика, комплексні труднощі приймання та обробки інформації, асоціальна поведінка.

Взаємозумовленість негативних чинників, пов'язаних із порушенням, указують на необхідність включення дитини та сім'ї в програми

допомоги вже на ранніх етапах її життя. У сучасній педагогічній науці рання комплексна допомога дітям від 0 до 3 років визнана ефективним засобом профілактики та компенсації наявних порушень розвитку, проте саме для дітей, які мають РДУГ, не вистачає спеціалістів, які б мали фахову підготовку щодо абілітаційної діяльності з дошкільниками.

Визначимося з робочим терміном «абілітаційна діяльність» – це особливий, багатоаспектний вид діяльності педагога, пов'язаний із наданням своєчасної допомоги з відновлення та зі створення нових здібностей дитини з особливими потребами. Вважаємо логічним також використовувати терміни «особливі діти» або «особлива дитина», уведені М. Селігман і Р. Дарлінгом [5], тому що вживати до дітей раннього віку термін «особливі освітні потреби» вважаємо зарано.

Здобути компетентності, необхідні для здійснення абілітаційної діяльності, можливо лише за систематичної формальної та неформальної освіти. Необхідні компетентності (аксіологічні, когнітивні та праксиологічні), які можуть здобути студенти бакалавріату, навчаючись за освітньою програмою «Дошкільна освіта. Логопедія», є системою цінностей, знань і навичок, що допомагають їм брати участь у процесі абілітації дітей раннього та дошкільного віку.

*Аксіологічна компетентність* є системою світогляду студентів, їхніми ціннісними й мотиваційними орієнтаціями. *Когнітивна компетентність* охоплює практико-орієнтовані знання з різних галузей науки, що сприяють виконанню завдань процесу абілітації дитини. Праксиологічна компетентність припускає різноманітні вміння і навички, сформовані під впливом когнітивного складника. Ці значущі складники компетентності майбутніх педагогів передбачають високий рівень підготовленості до активної участі в процесі абілітаційної діяльності з дітьми раннього та дошкільного віку. Підготовленість студентів бакалавріату є здатністю до абілітаційної діяльності, яка виформовується в процесі підготовки до цієї діяльності, результатом якої і є готовність.

Так, на нашу думку, освітні програми підготовки мають обов'язково передбачати такі концепти: «абілітація», «абілітаційна діяльність», «абілітаційне середовище», «абілітаційний простір» тощо.

Аналіз освітніх програм підготовки майбутніх вихователів засвідчив, що використання зазначених концептів у змісті таких дисциплін, як «Педагогіка раннього і дошкільного дитинства», «Психологія раннього і дошкільного дитинства», майже не використовується (16% і 10% відповідно). Проте максимально задіяно в дисципліні «Спеціальна освіта» (74%). Дані унаочнено на рис. 1.

## Концепти



Рис. 1. Концепти у фахових дисциплінах

На нашу думку, слід більш широко використовувати ці концепти з метою введення в лексикон майбутніх фахівців і практиків терміну «абілітація».

Зауважимо, що *формування абілітаційного середовища* – це імператив якості освіти дітей із РДУГ. Абілітаційне середовище дозволяє широко використовувати абілітаційний потенціал освітнього процесу; сформувати сприятливий соціально-психологічний клімат для оптимального розвитку кожної дитини відповідно до її особливостей і здібностей; забезпечити інтеграцію діяльності батьків педагогів, психологів, медичних працівників.

**Висновки і пропозиції.** Запропонований нами підхід щодо складання освітньої програми підготовки майбутніх фахівців до абілітаційної діяльності допомагає осмислити всю сукупність проблем, виявити й обґрунтувати надалі педагогічні умови її реалізації.

Важливо підкреслити, що повноцінна допомога дитині з РДУГ має охоплювати не тільки систему абілітаційних заходів, але й комплексну психолого-медико-педагогічну роботу з побудови абілітаційного середовища (простору) та активності. Чим раніше дитина з РДУГ отримає можливість активно діяти в адекватно організованому просторі, тим кращий буде результат для її подальшого розвитку, тим ефективніші будуть абілітаційні заходи.

### Список використаної літератури:

1. Бадалян Л.О. Невропатология. Москва : Наука, 2000. С. 337.
2. Безруких М.М. Трудности обучения в начальной школе : причины, диагностика, комплексная помощь. Москва : ЭКСМО, 2009. 464 с.
3. Выготский Л.С. Психология / Лев Выготский. Москва : Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000. 1008 с.
4. Крутій К.Л., Федорович Л.О. Енциклопедія діагностичних методик щодо з'ясування стану психофізичного розвитку дітей раннього віку / упор. К.Л. Крутій, Л.О. Федорович. Запоріжжя : ТОВ «ЛІПС» ЛТД, 2012. 204 с.
5. Селигман М. Обычные семьи, особые дети / М. Селигман, Р. Дарлинг. Москва : Теревинф, 2007. 368 с.

6. American Academy of Pediatrics, Subcommittee on Children and Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. ADHD: Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, September 30<sup>th</sup>, 2019.
7. Bhandari S. Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Adults // *WebMD Medical Reference Reviewed* / by Smitha Bhandari, MD. 2019. June 07. <https://www.webmd.com/add-adhd/adhd-adults>.
8. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) / <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/DSM>.
9. DuPaul G.J., Gormley M.J., Laracy S.D. Comorbidity of LD and ADHD: Implications of DSM-5 for assessment and treatment. *Journal of Learning Disabilities*. 2013. Vol. 46. № 1. p. 43–51.
10. Waber D.P., Wolff P.H., Forbes P.W., Weiler M.D. Rapid automatized naming in children referred for evaluation of heterogeneous learning problems: How specific are naming speed deficits to reading disability? *Child Neuropsychology*. 2000. Vol. 6. N 4. p. 251–261.

**Krutii K., Zdanevych L. The need for a multidisciplinary approach to the development of educational programs for the preparation of bachelors for habilitation activities**

*The article reveals the relevance and necessity of timely psychological and pedagogical examination of the child, designing the program of early intervention and correction of attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD). The authors propose the new approach to the development of the educational program for undergraduate students majoring in “Pre-School Education. Speech Therapy” to carry out habilitation activities with children of early and pre-school age. In modern psychology and pedagogy, children with behavioral problems are paid more attention, looking for the true causes of restlessness, inattention, impulsiveness and so on. In 2004, the International Association of Child and Adolescent Psychiatry and Adjacent Professions (IACAPAP) recognized attention deficit and hyperactivity disorder as a No. 1 problem in the mental and psychological health of children and adolescents. Every year the number of children suffering from this syndrome increases. Hyperactivity is a stable trait of the child, which, however, may change with age, may be expressed to varying degrees depending on the situation. Depending on the accepted definition of ADHD, the age of the subjects and other factors, the ratio of boys to girls with this syndrome worldwide is from 2,5:1 to 10:1. Children with ADHD include those who are inattentive, impulsive, and hyperactive. The causes of ADHD are: pre-and perinatal pathologies, pathologies of pregnancy and childbirth, genetic conditioning, toxic conditioning (lead, salicylates, carbohydrates). Mechanisms of ADHD are determined by: MBD (minimal brain dysfunctions), dysfunctions of neurotransmitter systems, dysfunctions of various parts of the brain responsible for the organization of attention processes, immaturity of the regulatory structures of the brain. Manifestations of ADHD are called by most researchers like: disorders of organization of activity, speech and sensorimotor disorders, immaturity of intellectual skills, “soft” neurotic symptoms, complex difficulties in receiving and processing information, antisocial behavior.*

**Key words:** *habilitation, habilitation environment, habilitation activity.*