

педагогічного супроводу, у цілому можна виділити такі напрями роботи психолога з обдарованими учнями, вчителями й батьками:

- проведення психологічної діагностики;
- психологічна допомога обдарованим школярам у соціально-психологічній адаптації;
- надання школярам методичної, технологічної допомоги в розвитку різних психологічних особливостей і властивостей;
- консультативна і просвітницька робота з дорослими;
- психопрофілактична робота.

Список використаних джерел

1. Баришполь С.В. Посібник практичного психолога: психодіагностика, тестування, розробки уроків психічного розвитку / Баришполь С.В. – Х.: Основа, 2009. – 267[5] с.: іл. – (Серія “Психологічна служба школи”).
2. Бітянова М. Психолог у школі: зміст діяльності й технології / Марина Бітянова. – К.: Главник, 2007. – 160 с. – (Серія “Психологічний інструментарій”).
3. Блонский П.П. Избранные педагогические и психологические сочинения : в 2-х т. / Блонский П.П. – М.: Педагогика, 1979. – Т.1. – 1979. – 304 с.
4. Богоявленская Д.Б. Одаренность: предмет и метод / Д.Б. Богоявленская // Магистр. – 1994. – №6.
5. Выготский Л.С. Мышление и речь // Собрание сочинений: в 6 т. / Л.С. Выготский; под ред. В.В. Давыдова. – Т.2.: Проблемы общей психологии. – М., 1982. – С.5-361.
6. Выготский Л.С. Проблема возраста // Собрание сочинений: в 6 т. / Л.С. Выготский; под ред. Д.Б. Эльконина. – Т.4: Детская психология. – М., 1984. – С.224-268.
7. Гільбух Ю.З. Розумово обдарована дитина / Ю.З. Гільбух – К., 1993.
8. Дружинин В.Н. Природа одаренности / Психология одаренности: от теории к практике / под ред. Д.В. Ушакова. – М.: ПЭР СЭ, 2000. – 80 с.
9. Коробко С.Л. Работа психолога с младшими школьниками: метод. посіб. / С.Л. Коробко, О.І. Коробко. – К.: Літера ЛТД, 2006. – 416 с.
10. Костюк Г.С. Здібності та їх розвиток у дітей / Г.С. Костюк. – К.: Знання, 1963. – С.52-60.
11. Лейтес Н.С. Возрастная одаренность и индивидуальные различия: избр. труды / Лейтес Н.С. – Москва; Воронеж, 1997. – 280 с.

12. Максименко С.Д. Генезис существования личности / С.Д. Максименко. – К.: КММ, 2006. – 240 с.
13. Матюшкин А.В. Загадки одаренности / А.В. Матюшкин. – М.: Школа-Пресс, 1993.
14. Моляко В.А. Психологические проблемы творческой одаренности / В.А. Моляко. – К.: Знание, 1995.
15. Принципы, по которым можно создать программу для развития одаренности // Обдарована дитина. – 2004. – №5. – С.7-10.
16. Савенков А.И. Одаренные дети в детском саду и школе: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / А.И. Савенков – М.: Академия, 2000. – 232 с.
17. Туріщева Л.В. 101 схема й таблиця. На допомогу шкільному психологу / Л.В. Туріщева – Х.: Основа, 2008. – 94,[2]с. – (Серія “Золота педагогічна скарбниця”).

The modern theoretical bases of the problem of talent and peculiarities of psychological accompaniment of the talented child in the conditions of school psychological service activity are considered in the article.

Key words: talent, talented child, episode talent, situational talent, constant talent.

Отримано: 2.02.2010

УДК 376 – 056. 34 – 053. 4

В.І. Співак

Причини виникнення та корекція гіперактивної поведінки і дефіциту уваги в дошкільному віці

У статті висвітлюються причини виникнення та корекція гіперактивної поведінки і дефіциту уваги у дітей дошкільного віку.

Ключові слова: гіперактивність, дитина, дефіцит, увага, поведінка.

В статті освещаются причины возникновения и коррекция гиперактивного поведения и дефицита внимания у детей дошкольного возраста.

Ключевые слова: гиперактивность, ребенок, дефицит, внимание, поведение.

Гіперактивний розлад та дефіцит уваги (ГРДУ) є одним з найбільш поширених психоневрологічних розладів і виступає найчастішою причиною порушень поведінки і труднощів навчання в дошкільному і молодшому шкільному віці, проблем у відносинах з оточуючими, а також формування заниженої самооцінки.

Існує безліч теорій відносно того, що викликає у дитини гіперактивний розлад і дефіцит уваги, перевірено і проаналізовано сотні тисяч хворих, але сказати, що картина зрозуміла до кінця, поки що неможливо. Білі плями ще залишаються. Але лікарі і психологи працюють над вирішенням проблеми, працюють успішно і більшість причин вже можна назвати.

В основі ГРДУ лежить функціональна незрілість або порушення роботи підкіркових ядер головного мозку і лобних долей кори головного мозку. Збої в адекватній переробці інформації призводять до того, що різні зорові, звукові, емоційні стимули стають для дитини надмірними, викликають занепокоєння і дратівливість [3].

У походженні ГРДУ важливу роль відіграють і генетичні механізми. У сім'ях дітей з ГРДУ нерідко є близькі родичі, які мали у дитинстві аналогічні порушення [7].

Приблизно у 60-70% випадків провідну роль у виникненні ГРДУ відіграють несприятливі фактори під час перебігу вагітності та пологів. До числа прогностичних несприятливих для розвитку ГРДУ факторів вагітності відносяться: внутрішньоутробна гіпоксія (нестача кисню) плоду, загроза переривання вагітності; тютюнопаління, нераціональне харчування та стреси матері, які виникають під час вагітності [4].

Крім того, несприятливими факторами перебігу пологів прийнято вважати: недоношеність (народження малюка з масою менше 2500 г), передчасні, швидкі або затяжні пологи, стимуляція пологової діяльності. Також фактором ризику є наявність у новонароджених уражень центральної нервової системи різного ступеня вираженості. Напруга і часті конфлікти у сім'ї, нетерпимість і надмірна суворість до дітей посилюють розвиток гіперактивності та дефіциту уваги [2].

Надалі розглянемо основні причини виникнення гіперактивного розладу та дефіциту уваги.

Спадковість. За даними деяких спеціалістів у 57% батьків, діти яких страждають на це захворювання, в дитинстві спостерігались такі ж самі симптоми. Більшість з них на прийомі у лікаря розповідали про своє важке дитинство, про те, як їм непросто було навчатися в школі, про те, що подібні проблеми виникають у їхніх дітей.

Доволі часто в таких сім'ях, окрім симптомів ГРДУ, спостерігаються й інші проблеми: вживання алкоголю, наявність

асоціальних психопатій, афективних розладів. Більшість матерів мають серйозні алергічні захворювання, такі як: астма, екзема або ж страждають на мігрень. Сучасні вчені-генетики намагаються знайти відповідь на питання, який все ж таки ген несе відповідальність за появу гіперактивних розладів та дефіциту уваги [7].

Але дещо вже відомо. Наприклад, є дані про наявність змін генетичного характеру при ГРДУ, локалізованих в 11-й і 5-й хромосомах. Велике значення надається гену рецептора дофаміна D4 і гену-носію дофаміну. Спеціалісти висунули гіпотезу про причини захворювання, в основі якого лежить взаємодія вищеперерахованих генів. І вона викликає зниження функцій нейромедіаторної системи головного мозку. Але пошуки продовжуються. Є надія, що з розвитком молекулярної генетики вони будуть більш результативними.

Вагітність та пологи. За однією з теорій вважається, що ГРДУ пов'язане з органічним ураженням головного мозку, яке може виникнути під час вагітності, пологів, а також в перші дні життя дитини. Найбільшу небезпеку в даному випадку викликає внутрішньоутробна гіпоксія (кисневе голодування плоду), до якого найбільш чутливий мозок, який розвивається. Ось чому дуже важливо, щоб вагітність перебігала нормально, без патологій, щоб майбутня мама дотримувалась усіх вимог, які пред'являє лікар. Відомо, що потреба в кисні у вагітних підвищується на 25-30% за рахунок того, що дитина забирає його з крові матері. Тому потрібно багато гуляти і дихати свіжим повітрям, виїжджати на природу всі дев'ять місяців. А саме головне – відмовитися від цигарок і алкоголю.

Нікотин спазмує артерії матки, позбавляючи дитину харчування і кисню. Крім того, він шкідливий для нервових клітин. Алкоголь, проникаючи через плаценту в кров, наносить потужний удар по мозку, який розвивається. Серйозну загрозу представляють деякі ліки, особливо в першій половині вагітності. Важливим є правильне харчування. Взагалі, будь-які проблеми під час вагітності і пологів – якими б незначними вони не були, можуть мати негативні наслідки, які зазвичай проявляються не відразу після народження дитини, а через деякий час. Мова йде про загрозу викидня, токсікозах, загостреннях хронічних захворювань у матері, перенесених інфекціях.

Доведено, що якщо дитина в утробі матері поводить себе дуже бурхливо, то це може бути ознакою майбутньої гіперактивності. Дуже небезпечні під час вагітності травми живота. Проте, страшні травми не лише фізичні, а й психологічні: різні стреси, а також небажання матері народити дитину.

Велике значення мають імунологічна несумісність за резус-фактором, а також вік батьків. Дослідження засвідчили, що ризик розвитку патології великий, якщо вік матері під час вагітності був до 19 або після 30 років, а вік батька перевищував 39 років [4].

На розвиток захворювання впливають і ускладнення при пологах: передчасні, швидкі або затяжні пологи, стимуляція пологової діяльності, отруєння наркозом при кесаревому розтині, довготривалий (більше 12 годин) безводний період. Пологові ускладнення, пов'язані з неправильним положенням плоду, обмотування його пуповиною, а також асфіксії, можуть викликати внутрішні мозкові крововиливи, різні травми, в тому числі легкі зміщення шийних хребців. Усе це може негативно позначитися на розвитку дитини, її мозковій діяльності. Але, як зазначають лікарі, якщо лікування даних патологій розпочати в ранньому віці, то гіперактивний розлад і дефіцит уваги може не проявитися, а якщо і з'являться його ознаки, то вони будуть набагато слабші, ніж при відсутності лікування [3].

Небезпека перших років життя. Мозок людини формується на протязі перших 12 років її життя, і тому він в цей період найбільш вразливий. Будь-які малозначні удари можуть в подальшому позначитися на здоров'ї дитини. На практиці зустрічається багато випадків, коли матір звертається з приводу загального стану дитини. При огляді дитини, здавалось би, все нормально: ніяких ознак застуди, шлунок, серце – все в нормі. Після розпитувань – де гуляла, з ким, як грається – виявляється, що декілька днів назад, коли дитина впала, то сильно вдарилася головою. Після цього потрібна негайна госпіталізація, багаточисленні діагностичні обстеження і тривале лікування. Не завжди, на жаль, воно приносить максимальний ефект. Але могло все бути набагато простіше, якби батьки негайно звернулися до лікаря [4].

Травми мозку можуть порушити діяльність мозку в будь-якому віці, але в період дозрівання вони особливо небезпечні. Негативно впливають на формування мозку і будь-які захворювання в дитинстві, якщо вони проходять з тривалою високою температурою, а також прийом деяких сильнодіючих препаратів. Невропатологи вважають, що цілий ряд хронічних захворювань, таких як бронхіальна астма, порушення обміну речовин, серцева недостатність, а також часті пневмонії, нефропатії, нерідко стають факторами, які негативно впливають на роботу мозку [2].

Коли дитина підростає (після двох років), на розвиток і становлення її психіки починає впливати навколишній світ, в першу чергу сім'я, характер стосунків з дорослими. Безумовно, якщо малюк

живе серед людей, які постійно конфліктують один з одним, відголос цих конфліктів обов'язково вплине на неї і щоразу боляче ранить її душу. Навіть, якщо дитина і не дуже вникає в ситуацію, обстановка ворожнечі завжди дуже руйнівна і болюча. Дуже погано, коли все це відбувається на фоні нескінченного пияцтва. З цих спостережень можна зробити висновок, що значення біологічних факторів є вирішальним у перші роки життя дитини, але потім збільшується роль соціально-психологічних моментів, і передусім сімейного оточення.

Причиною розвитку психопатології може стати й інша крайність, коли дитина стає цетром Всесвіту, коли все підкорено її бажанням, коли її постійно опікають, стараються догодити. Якими б не були біологічні задатки дитини, при такому вихованні вона втрачає відчуття реальності і контролю. А ось розумне, правильне виховання може в такому віці компенсувати навіть серйозну патологію. Цікавого висновку дійшли західні вчені Р.А. Кінг і Д. Ношпич [4]. Виявляється, не останню роль в тому, як дитина долає існуючі проблеми, відіграє матеріальний статок і побутові умови. Вони встановили, що в багатьох дітей із забезпечених сімей наслідок патології, який виник під час вагітності або під час пологів, зникає до моменту вступу дитини до школи. Тоді, як діти з неблагополучних сімей в цьому відношенні продовжують зберігати патологію.

Дослідження, проведені І.П. Брязгуновим та О.В. Касатиковою [1], показали, що дві третини гіперактивних дітей – це діти з сім'ї високого соціального ризику. До них відносяться такі сім'ї:

- з несприятливим економічним статусом (один або двоє батьків безробітні, незадовільні матеріально-побутові умови, відсутність постійного місця проживання);
- з несприятливою демографічною ситуацією (неповні і багатодітні сім'ї, відсутність обох батьків);
- сім'ї з високим рівнем психологічної напруги (постійні сварки і конфлікти між батьками), труднощі у взаємовідносинах між батьками та дітьми, жорстоке ставлення до дитини);
- сім'ї, які ведуть асоціальний спосіб життя (батьки страждають на алкоголізм, наркоманію, психічні захворювання, ведуть аморальний спосіб життя, здійснюють правопорушення).

Зв'язок з харчуванням. Їжа або харчові добавки вважаються і сьогодні однією з причин ГРДУ. Один із способів лікування – спробувати різноманітні дієти, в основному безцукрові. І донині поширена теорія, що вживання цукру впливає на рівень підвищеної активності. Разом з тим, можна спробувати дієту на обмежений період часу (2-3 місяці) і перевірити, чи покращився стан дитини.

Американські вчені, оглянувши велику кількість непосидючих дітей, стан яких вони встановили як гіперактивний розлад та дефіцит уваги, виявили, що у 74% з них спостерігався розлад метаболізму глюкози. Такі діти могли проявляти бурхливу, нестримну енергію як реакцію не лише на цукор і солодощі, а й на фруктові соки.

Подальше обстеження дітей дошкільного віку з цим діагнозом виявило, що повне вилучення з їхнього раціону продуктів зі штучними консервантами, барвниками, ароматизаторами, а також глутаматом натрію, шоколаду і кофеїну протягом 10 тижнів призвело до суттєвого покращення поведінки приблизно у половини дітей. Вони легше засинали ввечері, рідше прокидалися вночі [5].

Навколишнє середовище. Екологічне становище, яке погіршується з року в рік, призводить до погіршення стану здоров'я у населення, в тому числі й психічного. Особливо від поганої екології страждають діти. Сучасна промисловість буквально перенасичує навколишнє середовище солями важких металів, таких як кадмій, молібден, хром, свинець, алюміній. Кожна з них руйнівна по-своєму. Солі кадмію і молібдену, наприклад, призводять до важких розладів центральної нервової системи. Кадмій широко використовується в різних електроприладах і механізмах: в батарейках, гумі, пластмасах, фотографії та багато ін. Кожна з названих причин захворювання переконлива і підтверджується більшістю досліджень. Але сказати з впевненістю, яка з них домінує, не можна. Швидше за все, тут існує цілий комплекс причин, тобто природа захворювання носить комбінований характер, що і виявляє діагностика.

Розглянувши основні причини, що викликають появу у дітей гіперактивного розладу та дефіциту уваги, ми надалі спробували здійснити емпіричне дослідження даного негативного явища на конкретному контингенті досліджуваних.

В експерименті брали участь діти старших груп дошкільних закладів міста Кам'янець-Подільського (56 осіб), їхні батьки та вихователі. Основні характеристики прояву гіперактивності, імпульсивності, рухового збудження та порушення уваги було вирішено здійснити в процесі проведення анкетування серед батьків та вихователів дошкільників, а виявлення особливостей уваги (стійкості, розподілу та переключення) і рухової активності дошкільників – за допомогою універсальної методики кілець Ландольта.

Аналіз результатів дослідження за допомогою анкетування засвідчив, що 26% опитаних батьків вважають свою дитину схильною до гіперактивної поведінки, в той час, як вихователі серед

даного контингенту дошкільників виділяють 33,3% гіперактивних дітей. Різницю у показниках ми можемо пояснити тим, що батьки є менш об'єктивними в оцінці якостей своїх дітей, а вихователі, все ж таки, виступають у ролі діагноста неупередженими.

За результатами дослідження особливостей уваги старших дошкільників (методика “Кільця Ландольта”) було виявлено, що 44,4% з них володіють високим рівнем стійкості уваги, 50% – середнім і лише 5,6% досліджуваних проявили нестійку увагу. Виявляючи рівні продуктивності уваги за цією ж методикою, ми отримали дещо нижчі показники, а саме: 31,5% дітей продемонстрували високу продуктивність, 55,5% – середню та 13% – низьку продуктивність уваги.

Співставляючи дані, отримані в результаті анкетування батьків і вихователів дошкільників та дослідження особливостей уваги, ми виділили групу дітей, які мають схильність до прояву гіперактивної поведінки і дефіциту уваги, що склала 16% від загальної їхньої чисельності (лише в одній дитині була виявлена середня продуктивність і стійкість уваги (Сашко В.). У шести дошкільників (Остап М., Катя Д., Каріна Н., Ірина І., Денис М., Олег С.) увага була середньо продуктивною, проте нестійкою з великими коливаннями. Ще в одній дитині продуктивність уваги була низькою, але відмічалась висока стійкість (Діма Д.). У Насті І., навпаки, стійкість уваги була високою, але низька її продуктивність, а у Максима К. спостерігалась середня стійкість уваги з низькою продуктивністю.

У процесі проведення бесіди з вихователями було виявлено, що високі показники успішності притаманні Сашку В. та Дмитру Д. Ці діти завжди уважні на заняттях, багато запам'ятовують, володіють високим пізнавальним інтересом.

Вихователі звернули також увагу й на те, що Сашко В. часто помічає непримітні на перший погляд особливості предметів. Було відзначено, що Остап М. та Олег С. на заняттях неуважні, непосидючі, вони часто не помічають найголовнішого, успішність в хлопчиків середня. Педагоги групи охарактеризували Ірину І. і Каріну Н. як дітей, що досить непогано встигають на заняттях, вони можуть охопити багато предметів, дуже допитливі, але їм важко зосереджуватися тривалий час на одному предметі, досить непосидючі. Також погана успішність на заняттях спостерігається у Максима К. З метою проведення комплексної психокорекційної роботи з даними дошкільниками вихователям були надані бланки з кільцями Ландольта, таблиці Бурдона і рекомендації з розвитку стійкості і продуктивності уваги.

Наступним завданням нашого дослідження було вивчення особливостей рухової функції дошкільників, що потрапили в групу

ризикую проявляти гіперактивну поведінку і дефіцит уваги. Спостерегаючи за довільністю рухових дій цієї групи дітей, ми виявили деякі особливості, які характерні саме для них. Так, в результаті спостереження та бесід з батьками і вихователями, можна було побачити певні особливості, які характерні руховій функції дітей, що мають прояви гіперактивного розладу та дефіциту уваги: не слухають, коли до них звертаються; з великим ентузіазмом хапаються за завдання, але так і не завершують його; відчувають труднощі в організації; часто гублять предмети; уникають нудних та інтелектуальних завдань; часто бувають забудькуватими; непосидючі; балакучі; завжди швидко відповідають, коли їх про щось запитують; їм до душі робота, яку можна зробити дуже швидко; швидко, не сумніваючись, приймають рішення; можуть грубо відмовитися від їжі, яка не подобається; часто відволікаються на заняттях; зазвичай впевнені, що виконають будь-яке завдання; час від часу здається, що вони переповнені енергією; це люди дії, розмірковувати не вміють і не люблять; потребують до себе підвищеної уваги; в іграх не підкоряються загальним правилам; дратуються під час розмови, часто підвищують голос; легко забувають завдання старших, захоплюються грою; їм подобається організувати і керувати; похвала і осудження діють на них сильніше, ніж на інших; легко відволікаються на сторонні стимули; відповідають на запитання не задумуючись і раніше, ніж запитання прозвучало; важко виконують доручення інших; їм важко зберігати увагу при виконанні завдань або в ігрових ситуаціях; часто переключаються від однієї незавершеної справи до іншої.

Отже, можна зробити висновок, що діти, які мають низькі показники стійкості уваги та її продуктивності, демонструють порушення довільності рухової функції й поведінки загалом, потребують допомоги з боку психолога, а також підтримки та розуміння їх проблем з боку вихователів та батьків.

У зв'язку з цим нами була розроблена комплексна, системна психокорекційна програма, впроваджуючи яку, планувалось когнітивні і рухові методи застосовувати в певному ієрархічному порядку, що дозволило б, на нашу думку, зменшити прояви гіперактивності та покращити якісні показники стійкості і продуктивності уваги, що, в свою чергу, буде свідчити про формування її довільності.

Кожне заняття включало в себе ігри, які були спрямовані на розвиток уваги, контроль над імпульсивністю, а також психогімнастичні і тілесно-орієнтовні вправи. Ігри та вправи попередніх занять повторювались на наступних, що сприяло кращому закріпленню пройденого матеріалу.

Загалом, програма корекційно-розвивальних занять базувалась на вправах і програмах, які містяться у працях В.В.Лебединського, О.С.Нікольської та ін. [6] і застосовувалась із урахуванням особливостей дошкільного навчального закладу й індивідуальних особливостей його вихованців.

Відповідно до мети роботи нами були сформульовані наступні завдання програми: вдосконалити довільність і самоконтроль дошкільників; сприяти розвитку їхньої уваги і уваги; сформувати узгодженість дій; створити умови для зняття психоемоційної напруги; сприяти розвитку емоційно-виразних дій, сприяти самостійності; розвивати навички соціальної поведінки; сприяти підвищенню впевненості в собі; сформувати відчуття приналежності до групи; підвищити рівень розвитку пізнавальної сфери; розвивати допитливість, спостережливість.

Проведені заняття базувались на позиціях: мотивуючої сили (ігрові вправи, які активізували позитивно спрямовані мотиви на розвиток зацікавленості та інтересу до навчальних задач); спрямованості на досягнення позитивного результату діяльності та використання результатів у повсякденному житті (ігрові вправи сприяли появі впевненості у можливості власних досягнень, відкриття в собі нових можливостей); створення сприятливої ситуації взаємодії в групах; практичної результативності занять.

З педагогічної точки зору ці завдання сприяли вихованню у дітей соціальної активності, особистісної відповідальності, терпимості, самосвідомості, самовдосконалення.

Ми намагалися охопити всі рівні роботи з учасниками групи: інформаційно-пізнавальний, особистісний, поведінковий.

У програмі використовувались такі прийоми: ігри на розвиток уваги, уваги; ігри і завдання, спрямовані на розвиток довільності; психорелаксаційні вправи, спрямовані на розслаблення у тривожних ситуаціях та зменшення психологічного збудження; психогімнастичні вправи, спрямовані на зближення членів групи; рухливі ігри, спрямовані на емоційне розвантаження; ділові ігри, спрямовані на ознайомлення з новими способами поведінки; поведінкові вправи, які дозволяли продемонструвати дітям можливість розв'язання проблемних ситуацій, конфліктів; творчі вправи.

До структури кожного заняття входили ігри і вправи, які, в першу чергу, спрямовувались на: активізацію підкіркових структур мозку; розвиток довільності уваги; розвиток уваги і пам'яті; розвиток моторики і координації рухів; нормалізацію м'язового тону.

Програма була представлена у вигляді докладних сценаріїв занять. Психокорекційна програма представляла собою психо-

логічно обгрунтовану послідовність групових занять, розроблених з урахуванням вікових особливостей дітей дошкільного віку. Заняття проводилися один раз на тиждень в ігровій формі. Кожне заняття складалось з декількох завдань і тривало не більше 25-30 хвилин, що повністю відповідає віковим, психологічним і фізичним можливостям старшого дошкільника.

Запропонована програма була чітко структурованою. Кожен блок складався з кількох занять із визначеною темою та кількома розділами:

1) ознайомлення дітей із завданням, у разі необхідності проводилась індивідуальна робота;

2) вправи на згуртування, що проводилися на початку кожного заняття і на першій погляд не були пов'язані з темою. Це дозволяло знімати емоційну напругу, тривожність, послаблювати психологічний захист, порушувати стереотипи поведінки, відбувалася підготовка групи до роботи;

3) обговорення теми занять, дискусія, мета яких – допомогти учасникам зрозуміти, як те, що відбувається на заняттях, може допомогти їм у реальному житті, розвивати творчу активність дітей.

Роль ведучого полягала в тому, щоб дискусія не переросла в суперечку. Зверталась увагу на реальний досвід учасника щодо теми заняття.

4) завдання з набуття навичок, мета яких – допомогти учасникам опанувати певні навички, відчувати специфічні хвилювання.

5) тренінгові ігри та проблемні ситуації, мета яких – навчити ставити себе на місце іншого (учасники у процесі заняття міняються ролями); опанувати різні стилі поведінки; усвідомити реальну користь від засвоєного на занятті; застосовувати навички, що вивчалися, в конкретних життєвих ситуаціях.

6) аналіз проблемних ситуацій, мета яких – з огляду на особливості дітей цієї категорії, закріплювати (і неодноразово) отримані знання і навички.

Роль ведучого полягала в активізації й аналізі поведінки дітей, наданні можливості учасникам усвідомити, як набуті навички можуть використовуватися у взаєминах між людьми.

7) підсумки роботи з теми, мета яких – дати змогу учасникам висловити свою думку про заняття, відчувати, що для ведучого важлива думка кожного. Необхідно було вислухати всіх учасників. Якщо ж дитина відмовчувалась, її активізували запитаннями. Враховувались навіть односкладові відповіді. Важливими були відповіді на такі запитання: Що нового ви сьогодні дізналися? Як

це може допомогти вам у житті? Що сподобалося на занятті? Що не сподобалося? та ін.

8) вправи на релаксацію, мета яких – розслаблення у тривожних ситуаціях та зменшення психологічного збудження.

Після проведення психокорекційних занять ми виявили ряд цікавих фактів:

1) якщо під час констатувального експерименту 9 дітей з групи ризику продемонстрували низький рівень продуктивності уваги, то після серії психокорекційних занять жоден з досліджуваних не виявив низької продуктивності уваги; 1 дошкільник на початку обстеження продемонстрував середній рівень продуктивності уваги, то після психокорекційних занять такий рівень показали уже 8 осіб; на початковому етапі дослідження жоден з дошкільників цієї групи не проявляв високого рівня продуктивності уваги, то після проведених занять цей рівень був притаманний 2 дошкільникам;

2) якщо під час констатувального експерименту низький рівень стійкості уваги продемонстрували 5 осіб, то після проведення психокорекційних занять таких досліджуваних виявлено не було; на початку нашого дослідження лише 2 дошкільників показали середній рівень стійкості уваги та 3 високий, а наприкінці – 5 середній та 5 високий.

Загалом заняття у групі розвитку стали своєрідним ланцюжком, що забезпечив успішний перехід від дошкільного дитинства до молодшого шкільного віку і, що не менш важливо, – завдяки таким заняттям у багатьох дітей значно знизилась прояви гіперактивності та дефіциту уваги, про що засвідчила проведена нами після занять бесіда з батьками та вихователями, Зокрема, батьки відмітили, що їхні діти стали менше відволікатись на сторонні подразники, можуть зосередити увагу на деталях завдання, стали дотримуватись режиму дня, стали більш організованими та менш збудливими. Педагоги, в свою чергу, зазначили, що дошкільники стали уважнішими, менш запальними та імпульсивними.

У зв'язку з цим, зазначаємо, що якщо батьки і педагоги розуміють проблеми дитини, спільно виробляють підходи і вимоги у її вихованні, організовують своєчасну корекційну і медикаментозну підтримку, то до початку шкільного навчання прояву ГРДУ можуть бути подолані, що в кінцевому результаті і визначить шкільну успішність дитини.

Список використаних джерел

1. Брызгунов И.П., Касатиков Е.В. Непоседливый ребенок, или все о гиперактивных детях. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2001. – 342 с.

2. Буянов М.И. Ребенок из неблагополучной семьи. Записки детского психиатра. – М.: Просвещение, 1988. – 208 с.
3. Гатина С.В., Пивоварова Е.В., Сафронова Е.В., Семенович А.В., Серова Л.И. Схема нейропсихологического обследования детей. – М.: Медицина, 1998. – 134 с.
4. Гиперактивность и дефицит внимания у детей / Под ред. А.М. Максимова. – Ростов н/Д.: Феникс, 2006. – 224 с.
5. Дробинский А.О. Синдром гиперактивности с дефицитом внимания // Дефектология. – №1. – 1999. – С. 31-36.
6. Лебединский В.В. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция / В.В. Лебединский, О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг. – М.: Изд-во МГУ, 1990. – 53 с.
7. Маценко В.М. Индивидуальный розвиток дитини. – К.: Главник, 2007. – 128 с.

The article states the excuses of arising and correction the hyperactive behaviour and attention shortage by the children under school age.

Key words: hyperactivity, child, shortage, attention, behaviour.

Отримано: 5.03.2010

УДК 159.923.2

Л.М. Співак

Проблема співвідношення між феноменами “національна самосвідомість” та “етнічна самосвідомість” у психології

У статті проаналізовано основні теоретичні підходи до визначення понять “національна самосвідомість” та “етнічна самосвідомість” у психологічній науці.

Ключові слова: національна самосвідомість, етнічна самосвідомість, нація, етнос, національна ідентичність, етнічна ідентичність.

В статье проанализированы основные теоретические подходы к определению понятий “национальное самосознание” и “этническое самосознание” в психологической науке.

Ключевые слова: национальное самосознание, этническое самосознание, нация, этнос, национальная идентичность, этническая идентичность.

В умовах розвитку сучасної Української держави одним з загальних завдань виступає консолідація української нації. Розв’язання цього завдання є неможливим без розробки концептуальних і прикладних аспектів національної самосвідомості у психологічній науці. Більшість науковців й дотепер неоднозначно трактують такі значущі для сучасної національної психології поняття, як “національна самосвідомість”, “національна ідентичність” і т. ін.; досить часто змішуючи чи ототожнюючи ці поняття з іншими етнопсихологічними термінами: “етнічна самосвідомість”, “етнічна ідентичність” і т. ін.

Національна психологія як галузь соціальної психології чи розділ етнопсихології з’явилась нещодавно. Предметом вивчення національної психології, на думку А.С. Бароніна, є національно-психологічні особливості народів, тобто їх психічний стан [3]. Однак, на нашу думку, в цьому визначенні також мають місце термінологічні неточності, змішування та ототожнення понять, що ще раз вказує на потребу в їх чіткому розмежуванні. Адже мова повинна йти про націю як об’єкт вивчення, а не про народ.

У зв’язку із вищезгаданим, російські дослідниці Г.М. Андреева та Т.Г. Стефаненко слушно зазначають, що в науці немає єдності у термінологічному питанні. Так, існує багато різноманітних поглядів на значення поняття “етнос”, що призводить до його неоднозначності. Більшість науковців досліджують психологічні характеристики у зв’язку з культурою, а не з етносом.

Г.М. Андреева вказує на те, що “поняття “психологічний склад нації” є досить складним для операційного визначення. Тому в етнопсихології здійснено не одну спробу відшукати такі еквіваленти до цього поняття, які були б найбільш прийнятними для їх використання в емпіричних дослідженнях. В якості синоніма до поняття “психологічний склад нації” вживаються поняття “національний характер”, “національна самосвідомість” чи просто “національна психологія”. Однак, введення великої кількості таких понять не вирішує проблеми і лише вносить термінологічні розбіжності, яких не можна допустити” [1, с. 220].

Відсутність єдності у розумінні понять “етнос” і “нація” призводить до деякої неоднозначності у визначенні феноменів “етнічна самосвідомість”, “національна самосвідомість”, “етнічна ідентичність”, “національна ідентичність” та ін.

Щоб глибше розібратися в сутності національної самосвідомості, національної ідентичності, національного характеру та інших понять