

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДВНЗ «УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»
ФАКУЛЬТЕТ СУСПІЛЬНИХ НАУК
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

ІСАЄВИЧ С.І.

**ДІАГНОСТИКА І КОРЕКЦІЯ ШКІЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ
У ДІТЕЙ**

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ СТУДЕНТІВ 3, 4 КУРСУ, НАПРЯМУ
ПІДГОТОВКИ : 6.030102– «Психологія», 6.030103 – «ПРАКТИЧНА
ПСИХОЛОГІЯ» ОКР «БАКАЛАВР»

УДК 159.9.072(076) : 371

ББК Ю 9.8 в 648 я 73

I 85

Діагностика і корекція шкільної дезадаптації у дітей: методичні рекомендації для студентів напряму підготовки 6.030102– «Психологія», 6.030103 – « Практична психологія» ОКР «Бакалавр» (денна форма навчання) / упорядник старший викладач кафедри психології ДВНЗ «Ужгородський національний університет» Ісаєвич С.І. – Ужгород, 2017. – 28 с.

Пропоновані методичні рекомендації для студентів 3-го курсу, напряму підготовки 6.030102– «Психологія», 6.030103 – «Практична психологія», які навчаються на денній та заочній формі. Матеріали розраховані для проведення діагностичної та корекційної роботи з дітьми, що дезадаптовані до школи, хворіють на невроз, та мають різні вегетативні дисфункції. В них наведено апробовану автором схему нейропсихологічного дослідження та комплекс експериментальних психолого - педагогічних досліджень.

Рецензенти:

Шелевер О.В. – кандидат педагогічних наук, доцент кафедри психології ДВНЗ «УжНУ»

Схвалено на засіданні кафедри психології ФСН
та рекомендовано до друку навчально- методичною комісією факультету
суспільних наук Ужгородського національного університету
протокол № 4 від 22.12.2017

ЗМІСТ

ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА	4
ТЕМИ ТА ЗМІСТ ДЛЯ ЛЕКЦІЙНИХ І ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ	5
Тема 1. Шкільна дезадаптація: поняття і основні причини	5
Тема 2. Шкільна тривожність	10
Тема 3. Мінімальна мозкова дисфункція.....	14
Тема 4. Діагностика СДУГ	16
ДОДАТКИ	18
Додаток А. Причини різних форм шкільної дезадаптації, їх діагностика та корекція	18
Додаток Б. Методика “Бесіди про школу”	19
Додаток В. Методика нейропсихологічного дослідження.....	21
СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	26

ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА.

Актуальні проблеми психічного здоров'я дітей в нашій державі зумовили необхідність їх кардинального вирішення шляхом виконання таких спеціальних науково-практичних програм, як “Діти України”, “Планування сім'ї”, “Захист генофонду населення України”, “Заходи щодо поліпшення становища дітей-сиріт і дітей, які залишилися без піклування батьків” та ін. Кінцевий результат усіх досліджень за зазначеними програмами передбачає пошук і розробку сучасних шляхів профілактики багатьох захворювань дитячого населення та заходів, що позитивно змінили б стан здоров'я дітей і сприяли б зниженню показників дитячої захворюваності та смертності.

З цією метою необхідно підвищити рівень психолого-педагогічної підготовки вчителя, його психологічну культуру, яка включає: здатність педагога розуміти учня, проникати в індивідуально-неповторні психологічні особливості кожного з них; емоційно відгукуватися на мінливі психічні стани учня, його потреби, запити, труднощі; знаходити правильні способи педагогічного впливу, тобто виховувати учня “по меридіанах індивідуальності” (Б.Г.Ананьєв). Як показали дослідження О.О.Бодальова, С.В.Кондратьєвої, Н.В.Кузьміної, О.І.Щербакова та ін., від уміння вчителя розуміти своїх учнів залежить успіх його педагогічної діяльності в цілому.

Методичні рекомендації спрямовані на виявлення труднощів особистісного становлення дітей, хворих на невроз, а тому дезадаптованих до шкільної обстановки. Вони націлюють педагогів, психологів, медиків та батьків на виявлення динамічної структури індивідуальності школярів, збір і нагромадження психологічних факторів їх поведінки, особистісних властивостей, перебігу емоційних станів, тощо.

Плідна та творча співпраця практичних психологів, педагогів, батьків з медичними психологами, психотерапевтами, педіатрами, психіатрами та іншими фахівцями – запорука успіху як в справі профілактики шкільної дезадаптації, так і при діагностиці та корекції дизгармонійного психічного розвитку, а особливо при шкільних неврозах.

В методичних рекомендація наведено апробовану автором схему нейропсихологічного дослідження та комплекс експериментальних психолого-педагогічних досліджень.

ТЕМИ ТА ЗМІСТ ДЛЯ ЛЕКЦІЙНИХ І ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ.

Тема 1. Шкільна дезадаптація: поняття і основні причини.

На сьогодні проблема шкільної дезадаптації (ШД) стала в центрі уваги не тільки вчителів і психологів, але й лікарів – неврологів, психіатрів, педіатрів. Перехід до якісно іншої в порівнянні з умовами виховання в сім'ї та дошкільних закладах атмосфери шкільного навчання, що складається з сукупності розумових, емоційних та фізичних навантажень, створює нові, більш складні вимоги до особистості дитини та її інтелектуальних можливостей. В доповіді «Про розвиток людини за 1998 рік», підготовленій в рамках програми розвитку ООН, Україна за рік опустилась з 95 на 102 місце за показником розвитку людського потенціалу.

Проблема межових порушень психічної сфери є ведучою в клінічній медицині внаслідок того, що стан психічного здоров'я дітей забезпечує їх соціальну адаптацію, впливає на фізичне, соматичне та репродуктивне здоров'я. При цьому в Україні відбувається значне зростання числа нервово-психічних захворювань, насамперед тих, що є найбільш характерною реакцією на психічний стрес. Це - неврози, посттравматичні стресові та психосоматичні розлади, характерологічні та патохарактерологічні реакції.

Психічне здоров'я визначається як стан душевного комфорту, який характеризується відсутністю болісних психічних проявів і забезпечує адекватну умовам оточуючої дійсності регуляцію поведінки, діяльності. Одна з актуальних на сьогодні проблем, що турбує батьків і вчителів – це високий рівень шкільної тривожності школярів молодших класів, який заважає успішному психологічному розвитку учнів і вносить дисгармонію в формування емоційно-вольової сфери дитини та особистісного становлення взагалі.

Поширеність основних форм психічних захворювань серед дітей та підлітків зростає кожні 10-років на 10-15%. На даний час неврози зустрічаються у 8,4% дітей та підлітків.

Наші тривалі спостереження та комплекс проведених експериментальних психолого-педагогічних досліджень, як в психоневрологічних диспансерах і Центрі діагностики та лікування вегетативних дисфункцій у дітей (м. Київ), так і в шкільному середовищі (м. Київ, школи Закарпаття) підтверджують наявність труднощів особистісного становлення молодших школярів, хворих на невроз. Встановлено, що такі діти переживають труднощі, пов'язані з високою тривожністю, у тому числі шкільною; з неадекватною самооцінкою, з розвитком рефлексивної здатності, з суперечністю, що виникає між очікуваною оцінкою батьків та педагогів з одного боку та самооцінкою школяра з іншого.

Соматоформні розлади стали специфічними проблемами ШД, особливо в школах нового типу. В останні роки описано так званий “синдром відмінниць”, що обумовлений тривалим перебуванням школярів в закритих приміщеннях і клінічно проявляється вегетативною дисфункцією з гіперевентиляційним синдромом. Підвищений артеріальний тиск визначається у 14-20%, а знижений – у 10-25% школярів. У приблизно 7% дітей 12-15 років відмічаються

гіпертонічні кризи та порушення мозкового кровообігу. Доведено, що у 80% школярів болі в животі є проявом шкільної фобії.

При аналізі поведінкових особливостей відмічено, що в групі дітей з артеріальною гіпертензією було виявлено 73% дітей, що легко збуджуються. Причому залежність артеріальної гіпертензії від занять в школі чітко доведено. Встановлено зниження артеріального тиску у школярів під час канікул без ніяких медикаментозних впливів. Суттєво зменшуються на канікулах прояви первинного енурезу.

Неврози та соматоформні розлади у дітей відмічаються в більшості випадків на фоні скомпрометованої нервової системи. Так у кожного п'ятого школяра діагностується мінімальна мозкова дисфункція (ММД), при цьому у половини дітей з ММД визначається синдром дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ).

Необхідно враховувати екологічну ситуацію, що склалась в Україні. Техногенні катастрофи є реальністю сучасного суспільства. Патологія, що виникає на фоні екологічного неблагополуччя має певні особливості.

Велику шкоду здоров'ю дітей та підлітків причиняє куріння, вживання алкоголю та наркотиків. Наркоманія розповсюджується загрозливими темпами. В цих умовах саме соціальна дезадаптація, а для школярів – ШД – є синдромом комплексом, який демонструє всі слабкості організму дитини.

Актуальні проблеми психічного здоров'я дітей в нашій державі зумовили необхідність їх кардинального вирішення шляхом виконання затверджених Президентом та урядом України таких спеціальних науково-практичних програм, як “Діти України”, “Планування сім'ї”, “Захист генофонду населення України”, “Заходи щодо поліпшення становища дітей-сиріт і дітей, які залишилися без піклування батьків” та ін. Кінцевий результат усіх досліджень за зазначеними програмами передбачає пошук і розробку сучасних шляхів профілактики багатьох захворювань дитячого населення та заходів, що позитивно змінили б стан здоров'я дітей і сприяли б зниженню показників дитячої захворюваності та смертності.

Необхідно зазначити, що наукові медико-соціальні аспекти поліпшення здоров'я дітей за зазначеними програмами вирішуються багатьма науковими колективами. Менше уваги цьому питанню, на жаль, приділяють психолого-педагогічні колективи.

В педагогічній і психологічній літературі бракує праць, які вичерпно висвітлюють дезадаптаційні наслідки інтелектуального та емоційного перенапруження учнів у навчально-виховному процесі.

Значна розповсюдженість нервово-психічних порушень розвитку дітей шкільного віку, різноманітні форми соціально-психологічної дезадаптації диктують необхідність введення системного контролю за психічним розвитком школярів. Особливе значення має розробка прикладного (ужиткового) аспекту методики педагогічної психогігієни, що ґрунтується на вивченні психолого-педагогічних закономірностей виникнення і процесуальності соціальні – та еколого психологічних депресорів. Ступінь їх психогенності залежить від

соціального середовища, у якому перебуває дитина, зокрема рівня освіченості, культурно-етнічних особливостей референтної групи.

Теоретико-методологічні основи педагогічної психогієни мають стати базовим компонентом професійної психолого-педагогічної підготовки вчителів, вихователів, психологів та ін. Зміст такої підготовки потребує від майбутніх педагогів оволодіння людинознавчою сутністю педагогічної психогієни, виявлення здатності до співпереживання станів дітей і ін.

“Парадоксальність дидактогеній, - пише В.О.Сухомлинський, - полягає в тому, що вони бувають тільки в школі – тому священному місці, де гуманність повинна стати важливою рисою, визначаючою взаємовідносини між дітьми та вчителями”.

Терміном ШД визначаються будь-які утруднення, які виникають у дитини в процесі шкільного навчання. В число симптомів відносять часті емоційні розлади, агресію по відношенню до людей та речей, надмірну рухливість, підвищену збудливість і конфліктність, впертість, постійні фантазії, брехливість, замкнутість, надмірну пригніченість та невдоволення, підвищену самооцінку або почуття власної неповноцінності, неадекватні страхи, надмірну чутливість, нездатність зосередитись при роботі, невпевненість в прийнятті рішень, згризання нігтів, енурез, гіперкінези, тремор пальців рук та ін.

Виділяються три основних компоненти ШД:

Неуспішність у навчанні за програмою (когнітивний компонент ШД). Такі діти хронічно погано навчаються, мають недостатні та уривчасті безсистемні знання і навички.

Постійні порушення емоційно - особистісного відношення до певних предметів, навчання в цілому, педагогів, перспектив, пов'язаних з навчанням (особистісний компонент ШД).

Систематичні порушення поведінки в процесі навчання в шкільному середовищі (поведінковий компонент ШД).

Для кожного компоненту є свої причини. Відомо, що початок шкільного навчання приходить на період критичної фази психофізіологічного розвитку і призводить до напруження всіх адаптивних механізмів. Морфологічна незрілість, помірна виражена церебральна недостатність призводять до обмеження ресурсів і неефективному їх використанню дітьми на початку першого року навчання. Не менш значимим фактором, який визначає діапазон адаптивних проявів, є психотравмуючий вплив на дитину. Сформована в останнє десятиліття концепція психічного дизонтогенезу підтверджує вже існуюче положення про те, що будь-який більш-менш тривалий патологічний вплив на незрілий мозок може призвести до відхилення психічного розвитку. Початок другого критичного періоду приходить на вік шести років, той вік, який завершує фазу домінування ігрової мотивації в основній діяльності дитини. Початок шкільного навчання дитини на фоні незакінченої навчально мотивації є додатковим патогенним фактором, що сприяє швидкому утворенню, специфічному перебігу або навіть ускладненню психічного дизонтогенезу. Так, у дітей із заїканням виникнення і посилення

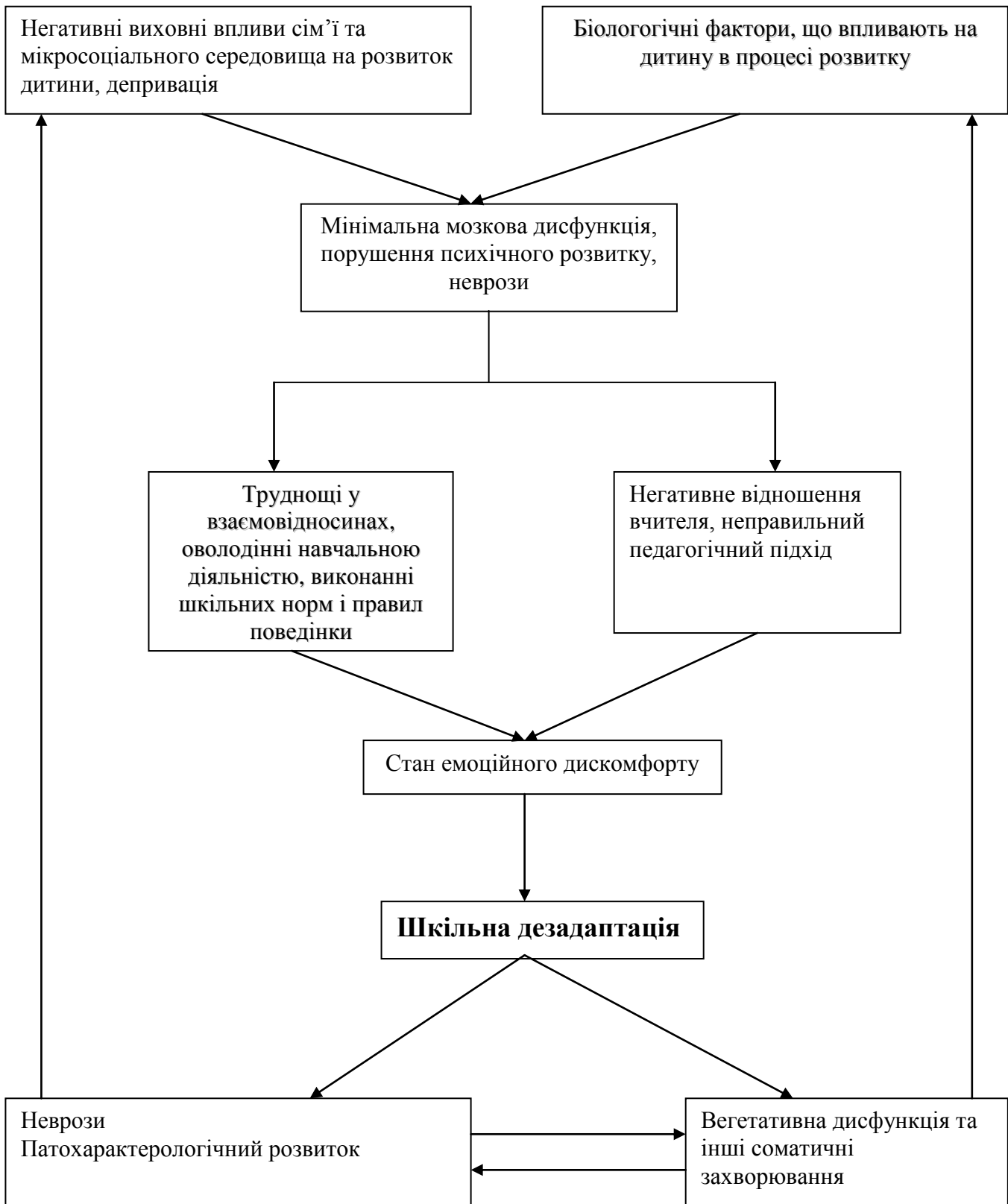
церебрастенічних та соматовегетативних скарг, поведінкових порушень відбувалось в 7-8 років, що співпадає з початком навчання в школі та обумовлено як декомпенсацією резидуально-органічної церебральної недостатності у другому віковому критичному періоді, так і зміною життєвого стереотипу, що потребує адаптації до підвищених психофізіологічних навантажень і інтелектуального напруження.

Часто за соматичними проявами може приховуватись порушення настрою. Інтерпретація депресивних станів у дітей молодшого шкільного віку нерідко викликає утруднення в зв'язку з мінливістю, рудиментарністю, мозаїчністю клінічної картини. Домінування поведінкових та соматовегетативних розладів над гіпотимічним ефектом, моторним та ідеаторним компонентами обумовлюють гиподіагностику депресивних розладів, що веде до неадекватності терапії.

Патогенез ШД

Механізми розвитку ШД можна спрощено представити так, як указано на рис.1. Фактори несприятливого соціального оточення (негативні виховні впливи сім'ї та ін.), що викликають емоційну депривацію та біологічні фактори (токсикози вагітності, патологічний перебіг пологів, інтоксикації та черепно-мозкові травми, часті інфекційні захворювання в ранньому дитинстві) призводять до ММД, порушення психічного розвитку, ранньої невротизації. Такі діти швидко декомпенсуються в процесі навчання внаслідок труднощів у взаємовідносинах з однолітками, в оволодінні навчальною діяльністю, виконанні шкільних норм і правил поведінки та, часто неправильного педагогічного підходу з боку батьків та вчителів, що веде до значного емоційного напруження в ситуаціях пов'язаних зі шкільним навчанням і власне й формує ШД, яка проявляється соматовегетативними розладами, загостренням хронічних соматичних захворювань, "шкільною фобією", патохарактерологічним розвитком. Захворювання ще більше дезадаптують дитину, знижують інтерес до навчання. Замикається хибне коло.

Механізми розвитку шкільної дезадаптації



Тема 2. Шкільна тривожність.

У зв'язку з переходом до особистісно-орієнтованої моделі навчання, кінцевою метою якої є формування повноцінної особистості, на особливу увагу заслуговують молодші школярі, тому що результати навчальної діяльності (успішні чи неуспішні) виявляють визначальний вплив на особистісного зростання учня, а неуспіх часто спотворює формування також і “Я-образу”. Саме в молодшому шкільному віці з'являються, під впливом навчальної діяльності, одні з основних психологічних новоутворень – рефлексія, самоконтролю. Ряд досліджень довели, що в результаті невдач у навчальній діяльності в учнів молодших класів виникає тривожність, а в окремих випадках і стан постійної тривоги.

Тривожність – комплексне особистісне утворення. Причинами її можуть бути неузгоджені як психологічні (порушення в мотиваційній, емоційній, вольовій і моральній сферах), так і соціально-педагогічні умови (дезінтеграція сім'ї), порушення емоційних зв'язків у системі дитячо-батьківських стосунків, особливості стилю виховання (методи заохочення – покарання, стиль керівництва дитиною, характер взаємодії і неконгруентність педагогічного досвіду батьків, розходження вимог батьків тощо); емоційні проблеми у стосунках з учителем та однокласниками, неадекватна самооцінка, недостатня рефлексія тощо).

Спочатку розвиток тривожності залежить від ставлення до дитини батьків і найближчих родичів, а пізніше – на розвиток тривожності впливає успішність і швидкість процесів статево-рольової ідентифікації і самореалізації.

Існує багато побічних, ситуативних факторів, які можуть стимулювати і провокувати виникнення тривожності у дитини та різних форм її прояву – агресивності, страху тощо. До них можна віднести: присутність інших людей (особливо референтних) і їх оцінка вчинків дитини, її дій, особистості в цілому; здатність самої дитини оцінити і усвідомити причини тривожності, гностичні можливості дитини і рівень розвитку її довільності, рефлексії, моральності.

Але необхідно враховувати, що саме вчитель, переважно в молодшому шкільному віці, формує ставлення однокласників до дитини, як розгорнутою педагогічною, так і бальною оцінкою, відповідно його особистості та успішності. А тому молодший школяр часто відчуває тривогу, коли його оцінюють інші (мається на увазі низька чи негативна оцінка або ж очікування такої), дитина переживає тривогу при необхідності представити свої досягнення, себе в цілому для такої оцінки. Дорослі частіше миттєво реагують на негативні прояви в поведінці, навчанні, даючи цим дітям так зване “негативне підкріплення”. Поєднання кількох несприятливих чинників, їхня тривала дія, що накладається на високу чуттєву вразливість дитини, її природну емоційну збудливість, може зумовити появу характерологічних змін або неврозу як психогенного розладу, хворобливого стану.

Більшість дітей молодшого шкільного віку, що хворіють на невроз, у значній кількості їх життєвих ситуацій (і особливо шкільних) оцінюються дорослими (перш за все вчителем і батьками) негативно, їх досягнення не визначаються, не підтримуються і не заохочуються.

Невирішені внутрішні конфлікти породжують викривлення в розвитку і диференціюванні самооцінки і самосвідомості дитини, обмежують розширення її досвіду, гальмують розвиток особистісних якостей, викликають цілий ряд дисгармоній в області психологічного розвитку і визначають дезадаптовану поведінку.

Тому при лікуванні необхідно зрозуміти, що викликало таку дисгармонію і що у вихованні дитини не дозволяє досить успішно її перебороти

Враховуючи те, що самооцінка молодшого школяра прямо чи опосередковано пов'язані з провідним видом діяльності – навчанням, тому слід вивчати специфіку сімейних відносин, а також доречно здійснити пофакторний аналіз шкільної тривожності молодших школярів, яка здебільшого є наслідком дисгармонійного особистісного розвитку.

Ознаки нервовості можуть проявлятися окремо і в сукупності, більшою або меншою мірою – це залежить від ступеня нервового розладу, від сили зовнішнього подразника тощо. Перелічимо основні з них:

розлади сну (важке засинання, неспокійний сон, чутливість, вибукування уві сні, розмова, скрегіт зубів, важке прокидання);

розлади настрою (плаксивість, вередування, тривожність або, навпаки, безпричинний сміх, нестримна веселість);

рухова розгальмованість (або, навпаки, рухова скутість);

надмірна мовчазність (або, навпаки, балакучість);

одноманітні, нав'язливі дії (гризіння нігтів, олівця, інших предметів, накручування на палець волосся, розгойдування на місці, хлипання ногою тощо);

спазми різного характеру (мимовільне здригування окремих м'язів, частин тулуба, всього тулуба);

заїкуватість;

енурез (нетримання сечі) та енкопрез (нетримання калу);

онанізм (у ньому відбивається прагнення дитини вплинути на нервову систему через статеві органи);

численні страхи;

впертість, замкнутість, агресивність, істеричність, залежність від дорослих тощо.

Провідною ідеєю при складанні психологічних рекомендацій відносно того, як батьки та вчителі повинні працювати з молодшими школярами, хворими на невроз, може служити ідея Запорожця А.В. про створення умов для всебічного збагачення (ампліфікації) розвитку дитини на протилежність тенденціям до його штучного прискорення (акселерації).

При визначенні шляхів допомоги тривожним дітям, що хворіють на невроз, педагоги і батьки повинні враховувати наступне.

Ключовими факторами попередження та подолання шкільної та особистісної тривожності дитини можуть стати тісні емоційно-позитивні стосунки з близькими людьми, широкі соціально-сприятливі зв'язки з оточуючими.

Сім'я, незалежно від свого складу, є важливим соціальним фактором розвитку дитини, а тому боротьбу з тривожністю потрібно вести спільними зусиллями вчителів і батьків при співпраці з психологом та лікарем.

Спілкування з ровесниками – важливий фактор для самоствердження не тільки комунікабельних дітей, але і замкнених та сором'язливих.

Значущим моментом для шкільного життя багатьох дітей є переживання почуття дружби, товаришування. Батькам і вчителям необхідно допомогти дітям навчатися бережно і уважно ставитись один до одного. Навчити їх співробітництву, асиртивності.

Для попередження і зменшення шкільної тривожності батькам і вчителям необхідно без особливого тиску переконати дитину, що у неї досить часу і для уроків, і для відпочинку (часто сама по собі неправильна організація виконання домашніх завдань, невміння дитини орієнтуватись у часі можуть бути джерелом напруги). Батькам слід періодично допомагати дитині підготуватися до занять, але це повинно робитись в ненав'язливій формі. Слід навчити дітей пізнавати межі своїх можливостей, формувати в них адекватну самооцінку і рівень домагань, для цього батькам і педагогам треба реально оцінювати навантаження на дітей і, при необхідності, зменшувати його. Необхідно навчатися розпізнавати прояви тривожності у дитини (страх, агресію, апатію тощо); встановити основні причини її виникнення та умови закріплення (часті фрустрації, підвищена втомлюваність, хронічні захворювання, конфлікти з дорослими чи однолітками), Батькам варто частіше відпочивати разом з дітьми, ділитись з ними враженнями від проведеного дня. Необхідно не пропускати перших ознак перенапруги (часті скарги на головні болі чи болі в шлунку, поганий сон, втомлюваність без достатніх причин), своєчасно надати дитині допомогу, звернувшись до лікаря і психолога. Батькам не слід використовувати дитину для досягнення своїх власних цілей, маніпулюючи нею. Батьки і вчителі не повинні руйнувати авторитету один одного, а навпаки, доповнювати зусилля один одного по подоланню тривожності та інших особистісних труднощів.

У випадку, якщо дитина хвора на шкільний невроз або має високу шкільну тривожність варто звернути увагу на такі рекомендації.

В кожному конкретному випадку необхідно встановити причину психотравмуючої, фруструючої ситуації.

Педагог за всіх обставин повинен бути доброзичливим, урівноваженим і послідовним, емпатичним. Від його особистісних якостей багато в чому залежить створення своєрідного оздоровлюючого мікросередовища, в якому виховується дитина.

Педагогам необхідно цікавитись сім'єю дитини, соціальним мікросередовищем, в якому дитина знаходиться в позаурочний час, вихідні дні, під час шкільних канікул. Корекція цього середовища, а інколи, навіть, ізоляція дитини від його негативного впливу повинна бути включена в загальний комплекс психологічно-педагогічних засобів, які здійснюються психологом, педагогами і медичними працівниками шкіл.

Диференціювати підхід до учнів з початку навчання. Шкільний лікар, психолог, педагог повинні вивчити психофізіологічні особливості учня, орієнтовно оцінити потенційні можливості до навчання.

В процесі навчання і розвитку дитини організувати системний моніторинг психічного здоров'я школяра.

Дані про психічний розвиток школяра необхідно постійно уточнювати, конкретизувати і враховувати при віковому і індивідуальному підході до навчання і виховання.

Педагог повинен розуміти фізіологічну суть психічних явищ, що проявляються у школяра. Необхідно бачити зміни, які з'являються в процесі навчальної діяльності в школяра, вчасно розпізнавати перші ознаки перевтоми, правильно оцінювати зміни в поведінці. На підвищення рівня працездатності впливає сама побудова уроку, його емоційність та інше.

Вміло індивідуально використовувати прийоми заохочення і покарання (наприклад, дитині, яка відрізняється слабкістю і надмірною виснажливістю нервових процесів і, як наслідок цього, різко зниженою працездатністю, слід використовувати стимулююче, заохочуюче, ласкаве звернення, яке виключає засудження і дорікання; в той же час по відношенню до дитини з невротичними проявами істероморфного типу цілком виправданий педагогічно суворий, але завжди спокійний наказовий тон, іноді слід ігнорувати поведінку дитини – не реагувати на її егоцентричні запити).

В педагогічному процесі потрібно вміло поєднувати індивідуальний підхід з прийомами, необхідними для фронтальних занять.

Психолог школи повинен проводити заняття для зменшення особистісної та ситуативної (зокрема, шкільної) тривожності дітей, навчаючи дітей засобам релаксації, враховуючи і творчо використовуючи для подолання тривожності вже наявний власний спосіб боротьби дитини зі страхом чи тривогою.

Необхідно звільнити дитину від тривожної необхідності вибирати з того, що подобається батькам і тим, що насправді подобається і потрібно дитині

Слід приймати дитину з усіма її вадами і перевагами, але поступово, наполегливо і доброзичливо працювати разом з дитиною над виправленням недоліків. Для цього підходять ті види діяльності, які дають дитині відчуття успіху, задоволення, емоційного комфорту і таким чином розвивають впевненість, переконаність дитини в тому, що вона здатна на більше. Даючи можливість дитині відчувати успіх, впевненість у своїй спроможності бути кращою в чомусь-одному, можна прокласти шлях до успіху в іншому, і, таким чином, зменшується рівень шкільної тривожності. Разом з тим необхідно орієнтувати дитину на адекватний рівень домагань, відповідно до її індивідуально-вікових, психофізіологічних особливостей та матеріальних можливостей сім'ї. Нові цілі і перспективи розвитку потрібно вводити поетапно від простого до складного, від близького до далекого, опиратись при цьому на наявний рівень можливостей дитини та її оточення в задоволенні певних потреб.

Тому батькам і вчителям доречно було б періодично проходити спеціальні тренінгові заняття разом з кваліфікованим психологом, з його допомогою чи

самостійно оволодіти хоча б найпростішими вправами аутотренінгу, релаксації тощо.

У всіх випадках тільки в єдності медичних, психологічних та педагогічних зусиль школи і сім'ї можна знайти вихід із проблеми нервових розладів у молодших школярів.

Тема 3. Мінімальна мозкова дисфункція

Як показали популяційні дослідження у 31,6% школярів виявлені труднощі шкільного навчання та поведінки. У половини з них діагностовано ММД, у 8,4% неврози і невротичні реакції, у 3% - неврологічні захворювання та їх наслідки, у 3,7% - психічні захворювання. ММД – це не пов'язане з інтелектуальним легке порушення поведінки та навчання дитини, що виникає внаслідок недостатності функцій центральної нервової системи резидуально-органічної природи. Основна причина ММД – ранні органічні враження головного мозку, які відмічаються у допологовому періоді чи в ранньому дитинстві. В основі ММД лежить дифузна церебральна дезрегуляція, яка обумовлена затримкою дозрівання мозкових структур і, відповідно, затримкою формування зв'язків між різними відділами ЦНС.

У дітей з ММД виявляються затримане формування окремих вищих коркових функцій – праксису, гнозису, мовних функцій, пам'яті, уваги, що поєднується зі значним утрудненням в оволодінні навичок письма, читання, рахунку і нерідко визначає проблеми поведінки. ММД у 100% дітей виявляється вегетативною дисфункцією з порушенням роботи внутрішніх органів. Існує паралелізм між ступенем мозкової дисфункції та рефлюксами із дванадцятипалої кишки. Зниження функції уваги, короткочасної пам'яті, координаторних функцій, сенсомоторної активності та вегетативного гомеостазу відмічається у хворих з захворюваннями жовчовивідних шляхів. Інтенсивність усіх порушень зростає пропорційно тяжкості клінічних проявів. Діти з ММД мають підвищену м'язову збудливість, проникність і гіперреактивність слизових оболонок дихальних шляхів і шлунково-кишкового тракту при обумовленій стресом бронхіальній астмі, звичній блювоті, гастриті та холециститі; вегето-судинну лабільність у вигляді головних болів, нестійкого пульсу й артеріального тиску; алергічну чутливість шкіри та слизових оболонок.

Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю

Найбільш розповсюдженою формою ММД є синдром дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ), хронічне порушення поведінки з характерною неуважністю, імпульсивністю та гіперактивністю при емоційній лабільності та дратівливості. Виділяють СДУГ плюс, який крім наведеного має парціальні порушення вищих кіркових функцій – мови, короткочасної пам'яті, праксису, зорово-просторового гнозису, арифметичних навичок. Діагностується СДУГ у 7,6% дітей, у 2 рази частіше у хлопчиків, в порівнянні з дівчатками (22% проти 9,7%).

Серед факторів ризику розвитку СДУ у школярів 7-15 років виділяють такі:

Психосоціальні – психічна травма в період вагітності у матері, несприятливий мікроклімат в сім'ї, труднощі в спілкуванні з дитиною і спадкова обумовленість (внаслідок неадекватної дії нейропептидних систем (доведено позитивним ефектом застосування інгібіторів МАО);

Медико-біологічні – вік батьків старше 30 років, хронічні захворювання у матері до вагітності, ускладнений перебіг вагітності, токсикоз ускладнення під час пологів;

За захворювання дитини - нав'язливі рухи, енурез, часті головні болі, хронічні захворювання.

В якості алгоритму для діагностики різноманітних варіантів СДУГ використовують критерії, розроблені Американською психіатричною асоціацією і опубліковані в класифікації психіатричних порушень DSM-IV.

Для постановки діагнозу СДУГ необхідна наявність не менше шести з перерахованих нижче симптомів неухвальної, гіперактивності та імпульсивності, які зберігаються протягом не менше шести місяців, виражені настільки, що свідчать про недостатню адаптацію і невідповідність нормальним віковим характеристикам. Діагностичними критеріями є те, що симптоми імпульсивності, гіперактивності та неухвальної починають викликати незадоволення оточуючих після семи років; проблеми, що обумовлені перерахованими вище симптомами, виникають у двох або більше видах оточення (наприклад, в школі та вдома); відмічається клінічно значиме порушення в соціальних контактах або шкільному навчанні.

Симптоми СДУГ

Неухвальність.

Дитина часто не здатна утримувати увагу на деталях; внаслідок цього робить помилки в шкільних завданнях і інших видах діяльності.

З трудом зберігає увагу при виконанні завдань і під час гри.

Часто складається враження, що дитина не слухає, коли до неї звертаються.

Часто дитина не здатна притримуватись інструкцій і справитись до кінця з виконанням уроків, домашньої роботи або обов'язків на робочому місці (що ніяк не пов'язане з негативним відношенням і нездатністю зрозуміти завдання).

Часто виникають складнощі в організації самостійного виконання завдань та інших видів діяльності.

При необхідності виконання завдань, які потребують тривалого збереження розумового напруження (наприклад, шкільних завдань, домашньої роботи), уникають його, виказують невдоволення або опираються.

Часто гублять речі, необхідні для школи (олівці, книги та ін.).

Легко відволікаються на сторонні стимули.

Часто проявляють забудькуватість у повсякденному житті.

Гіперактивність.

У дитини часто спостерігаються неспокійні рухи в кистях і стопах; сидячи на стільці крутиться, вертиться.

Часто встає зі свого місця в класі під час уроків або в інших ситуаціях, коли треба залишатись на місці.

Часто проявляє безцільну рухову активність: бігає, крутиться, намагається кудись залізти, причому, в ситуаціях в яких це не можна робити.

Не може тихо спокійно грати або займатись іншим дозвіллям.

Часто знаходиться в постійному русі і веде себе так, “ніби до нього прикріпили мотор”.

Часто буває балакучим.

Імпульсивність

Часто відповідає на питання, не дослухавши його до кінця.

З трудом чекає своєї черги в різних ситуаціях.

Часто заважає іншим, пристає до оточуючих (наприклад, вмішується в бесіду, гру).

Тема 4. Діагностика СДУГ

У випадках повної відповідності клінічної картини за останні шість місяців одночасно всім перерахованим критеріям і всім признакам ставиться діагноз “поєднана форма СДУГ”.

Якщо за останні шість місяців спостерігалась повна відповідність симптомів критеріям признаку “неуважність” при частковій відповідності критеріям признаку “гіперактивність” і “імпульсивність”, використовується діагностичне формулювання “СДУГ з переважним порушенням уваги”.

Якщо за останні шість місяців відмічалась повна відповідність симптомів критеріям признаку “Гіперактивність” і “Імпульсивність” при частковій відповідності їх критеріям признаку “Неуважність”, використовується діагностичне формулювання “СДУГ з переважанням гіперактивності і імпульсивності”.

Корекція ШД

Основою медико-психологічного коригування є своєчасне виявлення порушень у психічній сфері, систематичний та послідовний моніторинг психологічної складової здоров'я дитини протягом усього її перебування в школі. В першу чергу це моніторинг закономірностей формування особистості і ті зміни, які мають місце під час перебування у школі. Це дозволить наблизитися до найбільш раннього виявлення тих факторів, які можуть сприяти виникненню соціальної дезадаптації дітей, а також визначити раціональні шляхи сучасної медико-психологічної профілактики порушень здоров'я.

Психологічна складова здоров'я містить у собі більш поширені сторони психічного життя людини і включає загальну гармонізацію особистості людини, здатність приймати себе і весь навколишній світ, що сприяє саморозвитку і самоактуалізації людини. Якщо виходити з головної соціальної

функції, яку виконує дитина протягом значного часу – навчальної діяльності, то під час моніторингу особливої уваги потребують такі аспекти психологічного здоров'я: індивідуально-психологічні особливості (особливості характеру, темпераменту, рівень самооцінки та домагання, особливості ВНД та розвитку пізнавальних процесів, рівень агресивності та тривожності, психоемоційний стан); соціально-психологічна адаптація (рівень соціально-психологічної адаптації, особливості відносин з однолітками, особливості відносин в сім'ї, особливості відносин з вчителями); здатність до саморозвитку (рівень суб'єктивного контролю, ціннісна орієнтація, особливості механізмів психологічного захисту, мотивація навчання, рівень само актуалізації).

З цією метою доцільно в практиці психологічної служби в стаціонарних відділеннях дитячих лікарень, таких як гастроентерологічне, кардіоревматологічне і в школах використовувати апробований нами комплекс методів та методик для діагностики шкільної дезадаптації, серед яких:

- включене спостереження,
- бесіда, тестування, біографічний метод;
- тест шкільної тривожності Філліпса;
- дослідження самооцінки за Т.В.Дембо та С.Я.Рубінштейн;
- дослідження рівня домагання, змодельована по аналогії з експериментом Ф. Хоппе;

експертна оцінка особистісних характеристик з боку лікаря, одного із батьків, медичного психолога.

Мультифакторна природа психічних та екологічних впливів, яка призводить до шкільної дезадаптації, обумовлює масштабність і полідисциплінарність даної проблеми. Вклад кожного з учасників в роботі психолого-медико-педагогічних комісій не повинен бути зведеним до формування “колективного” діагнозу, а повинен сприяти виникненню системи взаємозв'язків, що розшифровують загальні механізми, які визначають порушення поведінки, пізнавальної діяльності, інших пізнавальних функцій та коморбідних станів. Для успішного рішення цієї проблеми необхідні загальні зусилля психіатрів, психотерапевтів, педіатрів, медичних та шкільних психологів, педагогів і сімейного оточення дитини.

Як вже вказано, для лікування шкільної тривожності і шкільного неврозу велике значення має психотерапія, перебудова внутрішньо сімейних стосунків, участь педагога в підвищенні самооцінки дитини.

В діагностиці ММД у дітей велике значення має нейропсихологічне дослідження (додаток Б і В). Для лікування дітей з ММД і СДУГ використовуються препарати ноотропного ряду. Велике значення в терапії хворих СДУГ надається охоронному режиму. Діти з СДУГ повинні знаходитись на режимі вільного відвідування школи з обов'язковим додатковим вихідними днем. Терапія СДУГ повинна включати сімейну психотерапію, гіпнотерапію.

ДОДАТКИ.

Додаток А.

Причини різних форм шкільної дезадаптації, їх діагностика та корекція

Таблиця

Причини різних форм шкільної дезадаптації, їх діагностика та корекція

Форма дезадаптації	Причини	Діагностичні і корекційні заходи
Неприсосованість до предметної сторони навчальної діяльності	Недостатній інтелектуальний або психомоторний розвиток дитини, відсутність допомоги і уваги з боку батьків і вчителів	Патопсихологічне дослідження (визначення стану уваги, працездатності, інтелекту). Сімейна психотерапія
Відсутність вміння довільно управляти своєю поведінкою	Неправильне виховання в сім'ї; СДУГ	Нейропсихологічне дослідження; Сімейна психотерапія; Аналіз власної поведінки вчителів з метою попередити можливу неправильну поведінку.
Нездатність сприйняти темп шкільного життя	ММД Хронічні захворювання внутрішніх органів Неправильне виховання в сім'ї або ігнорування дорослими індивідуальних особливостей дитини	Консультація педіатра (наявність соматичної патології), патопсихолога (затримка у розвитку, слабкий тип нервової системи); Оптимальний режим навантаження учня; Ноотропи; Лікування захворювань внутрішніх органів
“Шкільна фобія”.	Дитина не може вийти за межі сімейної спільноти (батьки несвідомо використовують дітей для вирішення своїх проблем)	Консультація педіатра (виключити наявність хронічних захворювань внутрішніх органів); Нейропсихологічне дослідження (визначити стан когнітивних функцій); Психотерапія; Сімейна психотерапія.

Методика “Бесіди про школу”

Психолог знайомиться з дитиною і питає її, чи подобається їй в школі. В залежності від відповіді задається перше питання “Бесіди”:

1. Що тобі подобається /не подобається/ в школі більш за все? Що для тебе, найбільш цікаве, захоплююче, любиме в школі?

Далі психолог говорить: "Я буду розповідати тобі маленькі історії про тебе самого, але тільки це будуть історії не про те, що з тобою вже бувало, а про те, що могло б статись, тому що сталось з іншими. А ти будеш мені говорити, що б ти сказав або зробив, аби така історія відбулась з тобою."

2. Уяви собі, що мама сьогодні ввечері раптом скаже: "Дитино, ти ж у мене ще маленька, важко тобі в школу ходити. Якщо хочеш, я піду й попрошу, щоб тебе зі школи відпустили на місяць, на півроку, на рік. Хочеш?" Що ти відповіси мамі?

3. Уяви собі, що мама так і зробила /або не послухалась тебе і поступила по-своєму/, домовилась, і тебе відпустили зі школи з завтрашнього дня. Встав вранці, умився, поснідав, а в школу йти не треба, роби, що хочеш... Що б став би робити, чим став би займатись в той час, коли інші діти в школі?

4. Уяви собі, ти вийшов гуляти і зустрів хлопчика, йому також сім років, але він ходить не в школу, а до дитячого садку. Він тебе питає: "Що треба робити, щоб добре підготуватись до першого класу?" Що ти йому порадиш?

5. Уяви собі, що тобі запропонували вчитись так, щоб не ходити до школи, а, навпаки, до тебе приходила б кожний день вчителька і вчила б тебе одного всьому, чому вчать у школі. Ти згодився б вчитись дома?

6. Уяви собі, що ваша вчителька несподівано поїхала у відрадження на цілий місяць. Приходить до тебе в клас директор і каже: "Ми не можемо запросити до вас іншу вчительку на цей час, а можемо попросити ваших мам, щоб кожні з них по одному дню побувала б у вас замість вчительки". Як, по-твоєму, буде краще, щоб прийшла інша вчителька або, щоб мами заміняли вчителів.

7. Уяви собі, що є дві школи – школа А і школа Б. В школі А розклад уроків в 1 класі такий: кожний день бувають уроки письма, читання, математики, а уроки малювання, музики, фізкультури не кожний день. В школі Б все навпаки: кожний день бувають фізкультура, музика, праця, малювання, а читання, письмо і математика рідко - по одному разу на тиждень). В якій школі ти хотів би навчатись?

8. В школі А від першокласників строго вимагають, щоб вони уважно слухали вчителя і робили все, що він говорить, не розмовляли на уроках, піднімали руку, коли треба щось сказати або вийти. В школі Б не роблять зауважень, якщо встанеш під час уроку, поговориш з сусідом, вийдеш із класу без дозволу. В якій школі ти хотів би навчатись?

9. Уяви собі, що якогось дня ти дуже старанно працював на уроці, а вчителька сказала: "Сьогодні ти навчався дуже добре, просто чудово, я хочу якось по особливому нагородити тебе за таке навчання. Вибирай сам – дати тобі шоколадку, іграшку або оцінку в журнал поставити? Що б ти вибрав?"

Всі відповіді діляться на дві категорії – А і Б.

А.

Питання 1: уроки грамоти, рахунку, заняття які по змісту і формі не мають аналогів в дошкільному житті дитини.

Питання 2: незгода дитини на “відпустку”.

Питання 3: учбові заняття, розпорядок дня, в якому обов’язково включені дії з самонавчання.

Питання 4: змістова сторона підготовки до школи – засвоєння деяких навиків читання, письма, рахунку.

Питання 5: незгода навчатись вдома.

Питання 6: вибір вчителя.

Питання 7: вибір школи А.

Питання 8: вибір школи А.

Питання 9: вибір оцінки.

Б.

Питання 1: дошкільні види діяльності – уроки художньо – фізкультурно – трудового циклу, а також позанавчальні заняття: гра, їжа, прогулянки та ін.

Питання 2: згода дитини на “відпустку.”

Питання 3: дошкільні заняття, гра, прогулянки, малювання, заняття по хазяйству без врахування навчальних дій.

Питання 4: формальна сторона підготовки до школи – придбання форми, портфеля.

Питання 5: згода навчатись вдома.

Питання 6: вибір батьків.

Питання 7: вибір школи Б.

Питання 8: вибір школи Б.

Питання 9: вибір іграшки або шоколадки.

Переважання у відповідях дитини категорії А свідчить про те, що її внутрішня позиція має змістовий характер. Переважання категорії Б свідчить про орієнтацію дитини на дошкільні види діяльності, на формальні сторони навчання.

Методика нейропсихологічного дослідження

(Дана методика визначає стан вищих коркових функцій, стан латеральності, в меншій степені оцінюється топіка ураження)

1. Визначення моторних функцій. Дає інформацію про стан лобних часток головного мозку.

1.1. Проба “кулак, ребро, долоня”. Проводиться у дітей старших 6 років. Психолог показує 9 рухів в темпі 1 рух за секунду “кулак, ребро, долоня, кулак, ребро, долоня, кулак, ребро, долоня). Просить дитину повторити спочатку однією, потім другою рукою. Звертається увага на правильність виконання, порядок виконання, на також, якою рукою дитина почала виконувати пробу.

Оцінка:

5 балів – завдання виконується правильно.

4 бали – завдання виконується правильно, але уповільнено.

3 бали – завдання виконується правильно після 2-3-х кратного повтору.

2 бали - завдання виконується правильно після 4-5-х кратного повтору.

1 бал – виконання завдання не доступне, допомога не ефективна.

1.2. Проба “рахунок пальців”. Проводиться у дітей старших 6 років.

Психолог по черзі торкається великим пальцем правої руки до 2, 3, 4, 5 пальців на правій руці, а потім у зворотному порядку в темпі 1 рух за секунду.

Просить дитину повторити спочатку однією, потім другою рукою. Звертається увага на правильність виконання, порядок виконання, на також, якою рукою дитина почала виконувати пробу.

Оцінка:

5 балів – завдання виконується правильно.

4 бали – завдання виконується правильно, але уповільнено.

3 бали – завдання виконується правильно після 2-3-х кратного повтору.

2 бали - завдання виконується правильно після 4-5-х кратного повтору.

1 бал – виконання завдання не доступне, допомога не ефективна.

Висновок (використовуючи суму балів за двома тестами):

9-10 балів – немає порушень моторних функцій.

7-8 балів – легкі порушення моторних функцій.

5-6 балів – середні порушення моторних функцій.

4 бали і менше - грубі порушення моторних функцій.

2. Дослідження сукцесивних функцій. Дає інформацію про стан скроневи часток головного мозку.

2.1. Прямий повтор цифрових рядів. Прямий повтор вказує на стан правої скроневої частки.

Дитині пропонують прослухати і повторити в тому ж порядку названі цифри 1-9. Темп – 1 цифра за секунду. Дітям 6-7 років пропонується по наростанню ряд із 3-5 цифр, дітям старшим 8 років – ряд із 4-6 цифр.

Оцінка:

5 балів - завдання виконується правильно.

4 бали – дитина відтворює всі цифри, але відмічається порушений порядок повтору.

3 бали – дитина відтворює ряд на 1 цифру менше вікової норми.

2 бали – дитина відтворює ряд на 2 цифри менше вікової норми.

1 бал – дитина не може повторити ряд із 3 цифр.

2.2. Зворотній повтор цифрових рядів. Зворотній повтор вказує на стан лівої скроневої частки.

Дитині пропонують прослухати і повторити в зворотному порядку названі цифри, починаючи з останньої. Використовується ряд з 3-4 цифр.

Оцінка:

5 балів - завдання виконується правильно.

4 бали – дитина відтворює в зворотному порядку ряд із 4 цифр, але відмічається порушений порядок повтору.

3 бали – дитина відтворює у зворотному порядку ряд із 3 цифр.

2 бали – дитина відтворює у зворотному порядку ряд із 3 цифр, але відмічається порушений порядок повтору.

1 бал – дитина не може повторити ряд із 3 цифр.

Висновок (використовуючи суму балів за двома тестами):

9-10 балів – немає порушень сукцесивних функцій.

7-8 балів – легкі порушення сукцесивних функцій.

5-6 балів – середні порушення сукцесивних функцій.

4 бали і менше - грубі порушення сукцесивних функцій

3. Дослідження графомоторних функцій. Для дослідження дітей 5-7 років використовуються 5 фігур (рис. 1), для дослідження дітей старших 8 років – тест Ellis. Дітям пропонується подивитись на малюнок, запам'ятати його, намалювати по пам'яті.

Оцінка:

Правильно намальована фігура – 2 бали.

Груба помилка – 0 балів.

Не груба помилка – 1 бал.

Висновок:

16-20 (8-10) балів – немає порушень графомоторних функцій.

12-15 (6-7) бали – легкі порушення графомоторних функцій.

8-11 (4-5) бали – середні порушення графомоторних функцій.

7 (3) і менше балів - грубі порушення графомоторних функцій

4. Дослідження латеральності. Оцінюється, якою рукою дитина починала виконувати моторні проби, з якого пальця почався рахунок пальців (з 2 до 5 чи з 5 до 2), якою рукою дитина виконувала графомоторні проби, використовується проба з переплетінням пальців і передпліч. Для більш точного дослідження можна використовувати проби на ведуче око (інструкція – “прикладі підзорну трубу до ока”), з ведучим вухом (“прикладі телефонну трубку до вуха”), з ведучою ногою (“пострибай на одній нозі”, з ведучою рукою (“ударь по м'ячу”).

Оцінка:

5 балів – у дитини не виявлено яких-небудь проявів “ліворукості”.

4 бали – 1 з проб виконана так, що видно переважання правої півкулі.

3 бали – не виявлено переважання лівої чи правої півкулі.

2 бали – більшість проб вказує на домінантність правої півкулі.

1 бал – дитина ліворука, малює лівою рукою

Висновок:

5 балів – дитина – правша.

4 бали – можлива амбідекстрія.

3 бали – амбідекстрія.

2 бали – дитина - прихована лівша.

1 бал – дитина – лівша.

В кінці підраховується загальна кількість балів і робиться загальний висновок.

В загальному висновку вказується інтенсивність порушення, парціальність або загальний характер порушень, стан латеральності.

Варіант загального висновку 1. Загальний нейропсихологічний бал (ЗНБ) 20, (максимально можливий (ММБ) - 35). Грубі парціальні графомоторні порушення, ліворукість.

Варіант загального висновку 2. ЗНБ 22, (ММБ -30). Середні загальні порушення вищих коркових функцій, амбідекстрія.

ММБ для дітей 6-7 років складає 35, для дітей старших 8 років - 45 балів.

Можливості нервової системи дитини визначає загальний нейропсихологічний індекс (ЗНІ).

$ZNI = ZNB / MMB \times 100\%$.

За результатами нейропсихологічного дослідження можна оцінити топіку ураження.

Так графомоторні порушення свідчать про лівопівкулеву недостатність з переважним ураженням лівої тім'яно-потиличної частки.

Моторні порушення свідчать про враження лобних часток протилежної сторони по відношенню до руки, виконуючи проби якою дитина припускалась більшої кількості помилок.

Порушення прямого повтору вказує на враження правої скроневої частки, зворотного повтору – лівої.

Помилки по типу порушення порядку у виконанні моторних та сукцесивних проб при збереженні об'єму свідчать про порушення серединних структур головного мозку.

Додаток Г.

Бланк протоколу нейропсихологічного дослідження

П., І. _____, вік _____

Дата _____

Графомоторні проби:

Кількість негрубих помилок _____, кількість грубих помилок _____,

Максимальна кількість балів _____ набрано _____

Висновок: графомоторні порушення відсутні, легкі, середні, значно виражені.

Малює рукою: правою, лівою.

Моторні проби:

Кулак, ребро, долоня

Кількість показів для правильного виконання (не більше 4) _____

Якою рукою спочатку: лівою, правою.

Помилки правою рукою: не має, порушення порядку, порушення автоматизму

Помилки лівою рукою: не має, порушення порядку, порушення автоматизму

Кількість балів _____

Рахунок пальців

Кількість показів для правильного виконання (не більше 4) _____

Якою рукою спочатку: лівою, правою

Помилки правою рукою: не має, рахунок з 5 пальця, порушення автоматизму

Помилки лівою рукою: не має, рахунок з 5 пальця, порушення автоматизму

Кількість балів _____

Загальна кількість балів _____

Висновок: моторні порушення відсутні, легкі, середні, значно виражені.

Страждає півкуля ліва, права, серединні порушення, немає

Сукцесивні функції

	Прямий повтор	Відповідь
4		
5		
6		
	Зворотній повтор	
3		
4		

Помилки прямого повтору

Правильно 4 5 6 цифр

Випадіння, перестановки, персеверації

Кількість балів _____

Загальна кількість балів _____

Помилки зворотного повтору

Правильно 3 4 цифри

Випадіння, перестановки, персеверації

Кількість балів _____

Висновок: сукцесивні порушення відсутні, легкі, середні, значно виражені.

Страждає півкуля ліва, права, серединні порушення

Проби на латеральність:

Маює рукою правою, лівою

Моторні проби - страждає півкуля ліва, права, серединні порушення

Сукцесивні проби - страждає півкуля ліва права серединні порушення

Перехрест пальців: правий, лівий

Підзорна труба: праве, ліве

Перехрест передплічч: праве, ліве

Толчкова нога: права, ліва

Кулак, долоня, ребро: права, ліва
Кількість балів _____

Рахунок пальців: права, ліва

Загальний висновок: У дитини відмічаються _____ графомоторні,
_____ моторні, _____ сукцесивні порушення.

Стан латеральності: правша, амбідекстрія, прихована ліворукість, лівша.

Можливе ураження _____ півкулі _____ часток,
серединних структур

Загальна кількість балів _____, максимальна _____ ЗНІ _____ %

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Адаптація до школи // ж-л Психологічний інструментарій – К.: Главник, серпень, 2003.
2. Готовність дитини до школи // ж-л Психологічний інструментарій – К.: Главник, лютий, 2004.
3. Практикум по общей и экспериментальной психологии/ В.Д. Белин, В.К. Гайда, В.А. Ганзен и др.; Под общ. ред. А.А. Крылова. – Л., 1987. – С. 6–9.
4. Практикум по психодиагностике: Конкретные психодиагностическая методика. – М., 1989. – 176 с.
5. Психологу для роботи. Психодіагностичні методики: збірник / уклад.: М.В. Лемак, В.Ю. Петрищев.- Ужгород: Видавництво Олександри Гаркуші, 2011.- 616с.
6. Рогов Е.И. Настольная книга практического психолога: Уч.пос.: в 2 кн. / Рогов Е.И. - М. Изд-во Владос-ПРЕСС, 2002. – 522 с.
7. Практическая психология в тестах, или Как научиться понищать себя и других // сост. Римская Р., Римский С. – М.: АСТ-ПРЕСС, 2001 – 376с.
8. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Уч.пос. – Самара: Изд-во Дом «БАХРАХ-М», 2001.- 672с.
9. Практикум по возрастной психологии: Уч.пос.// Под ред. Л.А. Гоголовой, Е.Ф. Рыбалко – СПб.: Речь, 688с.
10. Готовність до навчання // ж-л Психологічний інструментарій – К.: Главник, липень, 2003.
11. Емоційний розвиток дитини // ж-л Психологічний інструментарій – К.: Главник, січень, 2004.
12. Інтелектуальні здібності дитини // ж-л Психологічний інструментарій – К.: Главник, вересень, 2003.
13. Мислення дитини // ж-л Психологічний інструментарій – К.: Главник, червень, 2004.
14. Мотивація та саморегуляція учня // ж-л Психологічний інструментарій – К.: Главник, серпень, 2004.
15. Пам'ять дитини // ж-л Психологічний інструментарій – К.: Главник, травень, 2004.
16. Практикум по возрастной психологии: Уч.пос. // Под ред. Л.А. Головей, Е.Ф. Рыбалко – СПб.: Речь, 1999. - 688 с.
17. Практикум по общей и экспериментальной психологии / В.Д. Белин, В.К. Гайда, В.А. Ганзен и др.; Под общ. ред. А.А. Крылова. – Л., 1987.
18. Практикум по психодиагностике: Конкретные психодиагностические методики. – М., 1989. – 176 с.
19. Практическая психология в тестах, или Как научиться понимать себя и других // сост. Римская Р., Римский С. – М.: АСТ-ПРЕСС, 2001 – 376 с.
20. Професійні здібності учня // ж-л Психологічний інструментарій – К.: Главник, вересень, 2004.
21. Психологические тесты. // Под ред. Ахмеджанов Э.Р. – М., 1996 – 320 с.

22. Психологічна діагностика мислення, інтелекту, креативності дитини // ж-л Психологічний інструментарій – К.: Главник, листопад, 2003.
23. Психологічний клімат колективу // ж-л Психологічний інструментарій – К.: Главник, грудень, 2004.
24. Психологу для роботи. Психодіагностичні методики: збірник (текст) уклад.: М.В. Лемак, В.Ю. Петрище. - Ужгород: Видавництво Олександри Гаркуші, 2011.- 616 с.
25. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Уч.пос. – Самара: Изд-во Дом «БАХРАХ-М», 2001.- 672 с.
26. Рогов Е.И. Настольная книга практического психолога: Уч.пос.: в 2 кн.- М. Изд-во Владос-ПРЕСС, 2002.
27. Розвиток пізнавальних процесів // ж-л Психологічний інструментарій – К.: Главник, жовтень, 2003.
28. Розумові здібності дитини // ж-л Психологічний інструментарій – К.: Главник, листопад, 2004.
29. Самооцінка учня // ж-л Психологічний інструментарій – К.: Главник, липень, 2004.
30. Увага дитини // ж-л Психологічний інструментарій – К.: Главник, квітень, 2004.