



МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«ЮЖНО-УРАЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ГУМАНИТАРНО-
ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

(ФГБОУ ВО «ЮУрГГПУ»)

ФАКУЛЬТЕТ ИНКЛЮЗИВНОГО И КОРРЕКЦИОННОГО ОБРАЗОВАНИЯ
КАФЕДРА СПЕЦИАЛЬНОЙ ПЕДАГОГИКИ, ПСИХОЛОГИИ И ПРЕДМЕТНЫХ
МЕТОДИК

Тема выпускной квалификационной работы

«Коррекция проявлений гиперактивности у детей старшего дошкольного
возраста с задержкой психического развития посредством арт-терапии»

**Выпускная квалификационная работа по направлению
44.04.03 Специальное (дефектологическое) образование**

Направленность программы магистратуры

**«Психолого-педагогическое сопровождение лиц с ограниченными
возможностями здоровья»**

Форма обучения заочная

Проверка на объем заимствований:

42,34 % авторского текста

Работа рекомендована к защите
рекомендована/не рекомендована

«18» 10 2023 г. пр. 2

Зав. кафедры СПиПМ

Л.А. Дружинина

Выполнила:

Студентка группы ЗФ-306-188-2-1

Пермякова Нэля Рафаиловна

Научный руководитель:

к.б.н., доцент кафедры СПиПМ

Лапшина Любовь Михайловна

Челябинск

2024

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
Глава 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ КОРРЕКЦИИ ПРОЯВЛЕНИЙ ГИПЕРАКТИВНОСТИ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ.....	11
1.1 Понятие гиперактивности в современной научной литературе.....	11
1.2 Клинико-психолого-педагогическая характеристика детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития	19
1.3 Особенности проявления гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития.....	28
1.4 Организация коррекционного процесса по преодолению гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития посредством арт-терапии.....	35
Выводы по 1 главе.....	44
Глава 2. ПРАКТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КОРРЕКЦИИ ПРОЯВЛЕНИЙ ГИПЕРАКТИВНОСТИ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ПОСРЕДСТВОМ АРТ-ТЕРАПИИ.....	46
2.1 Организация и база исследования проявлений гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития.....	46
2.2 Анализ результатов исследования проявлений гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития.....	52
2.3. Программа коррекция проявлений гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития посредством арт-терапии.....	60
2.4 Оценка эффективности программы коррекция проявлений гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития посредством арт-терапии.....	69
Выводы по 2 главе.....	82
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	83

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ.....	86
ПРИЛОЖЕНИЕ.....	96

ВВЕДЕНИЕ

Современными специалистами отмечается тревожная тенденция увеличения количества детей, которые по образному выражению описываются как «неугомонные, невнимательные, непослушные, импульсивные, доставляющие взрослым множество хлопот», таких детей называли гиперактивными, гиперкинетическими, страдающими минимальной мозговой дисфункцией [64].

Гиперактивность показывает негативное воздействие на поведение ребенка, отношения в его семье, общение со сверстниками и значимыми взрослыми, а также на когнитивное и эмоциональное развитие подрастающего человека [27].

Социальная значимость проблемы связана с тем, что в дальнейшем у детей данной категории в большинстве случаев к подростковому возрасту происходит нарастание нарушений поведения [76]. Они входят в группу риска по совершению антисоциальных действий и правонарушений, развитию алкоголизма и наркомании [58]. Поэтому игнорирование проявлений гиперактивности у детей может иметь весьма серьезные как психолого-педагогические, так и медико-социальные последствия [62].

Гиперактивность как одно из патологических проявлений является частью целого комплекса нарушений, которые составляют «синдром дефицита внимания и гиперактивности» (в русскоязычном пространстве утвердилась аббревиатура СДВГ, в англоязычном – Attention Deficit Hyperactivity Disorder – ADHD), включающий нарушения системы эмоциональной регуляции [4].

СДВГ – это полиморфный клинический синдром, главным проявлением которого является нарушение способности ребенка контролировать и регулировать свое поведение, что выливается в двигательную гиперактивность, нарушения внимания и импульсивность. Это неврологическое расстройство, его причиной являются особенности

строения и функционирования головного мозга, а не плохое воспитание [60].

Анализ современной литературы выявил широкую вариабельность данных по распространенности СДВГ. Так, например, в США гиперактивных детей – 4-20 %, Италии – 3-10 %, в Китае – 1-13 %, Австралии – 7-10 %, России – 4-18 % [55].

Несмотря на многочисленность исследований по изучению СДВГ, подавляющее их большинство принадлежит зарубежным авторам (П. Альтхерр, Дж. Коннерс, Ю. Шиндлер, Х. Лукерт, К. Фишер, К. Нойхаус и др.) [1].

В нашей стране проблемой гиперактивных детей занимались такие ученые, как А. И. Захаров [18], Г. Б. Моница [47], Л. О. Бадалян [4], И. П. Брызгунов [9], Ю. С. Джос [20], А. О. Дробинская [23], О. Н. Елисеева [27], Н. Н. Заваденко [24], Е. Б. Касатикова [30], Е. С. Набойченко [48], В. И. Покровский [55], О. И. Политика [56], М. Н. Положай [57], Л. А. Сиротюк [64] и др.

В настоящее время на уровне практической помощи детям, а особенно детям с ЗПР, проблема гиперактивности актуальна, так как ее решение затруднено из-за недостаточной ее разработанности, как в теоретическом, так и в практическом плане.

В работах И. А. Юрковой, Г. Е. Сухаревой, М. С. Певзнер, З. Тржесоглавой, У. В. Ульенковой и др. выявлено, что у детей с ЗПР в дошкольном возрасте складываются важные уровни, составляющие структуру произвольности психической активности: развитие моторного аппарата, постепенная кортикализация эмоций, развитие высших психических функций. От своевременности развития указанных структурных уровней произвольности психической активности зависят возможности адаптивного поведения в социуме и качество саморегуляции. Поэтому в процессе обучения и воспитания детей с ЗПР необходимо своевременно обратить внимание на создание психолого-педагогических

условий, способствующих развитию и произвольности их психомоторной активности [38].

Гиперактивные дети старшего дошкольного возраста с ЗПР в основном испытывают сложности и трудности при вербализации своих переживаний, эмоций и чувств. Невербальная экспрессия для таких ребят наиболее предпочтительна и естественна [50].

В качестве наиболее эффективного в работе с данными детьми психотерапевтического направления можно выбрать арт-терапию.

Арт-терапия является междисциплинарным подходом, соединяющим в себе различные области знания – медицину, психологию, педагогику, культурологию и другие дисциплины [33].

В отечественной науке большое внимание арт-терапии в образовании уделяют такие ученые, как Л. Д. Лебедева [39], М. В. Киселева [31], Ю. С. Шевченко, А. И. Копытин [33], Е. А. Медведева, И. Ю. Левченко, Л. Н. Комиссарова, Т. А. Добровольская [2] и др. По их мнению, использование данного термина не связано буквально с лечением заболевания («therapia» в переводе с латинского означает лечение), арт-терапия в педагогическом направлении связано с укреплением психического здоровья ребенка и выполняет профилактические и коррекционные функции.

Применение арт-терапевтических методик дает возможность педагогу помогать гиперактивному ребенку с ЗПР исключить проблемы, побороть их, привести в нормальное состояние его эмоциональную расположенность, устранить нарушения в поведении, повысить уровень интеллектуального развития [38].

В коррекционной деятельности арт-терапия расценивается как совокупность методик, ориентированных на использование различных видов искусства в своеобразной символической форме, которые дают возможность с помощью активации креативных проявлений у гиперактивных детей с ЗПР проводить корректировку психических, эмоциональных, поведенческих нарушений личности.

Смысл арт-терапии заключается в коррекционном и терапевтическом влиянии искусства на человека, которое проявляется в следующих аспектах:

- 1) трансформации травмирующей психику ситуации посредством художественно-творческой деятельности;
- 2) образовании новых эмоционально приятных и положительных эмоций;
- 3) выявлении переживаний и изменении их во внешнюю форму через искусство;
- 4) актуализации креативного мышления и поиске самовыражения.

В силу многоаспектности своего предназначения арт-терапия может активно и широко применяться в практике работы с людьми, с детьми, имеющими различные проблемы и трудности развития:

1. Катарсическое – очищающее, высвобождающее от негатива.
2. Регулятивное – снятие нервных состояний, напряжения, регулирование психосоматических процессов, моделирование позитивного эмоционального состояния.
3. Коммуникативно-рефлексивное, обеспечивающее коррекцию проблем в общении, формирование адекватного межличностного поведения, самооценки [31].

Такой значительный коррекционно-реабилитационный потенциал арт-терапии предъявляет серьезные требования и к профессиональной компетентности специалиста, реализующего метод арт-терапии на практике (специальное образование, постоянное практическое совершенствование компетенций на практике и т.д.), поэтому в рамках данного исследования, в рамках конкретных занятий дефектолога в основном использовались лишь элементы отдельных видов арт-терапии.

Цель исследования: теоретически изучить и практически доказать эффективность коррекции проявлений гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития посредством

арт-терапии.

Объект исследования: проявления гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития.

Предмет исследования: программа как средство коррекции проявления гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития.

Задачи исследования:

1. Проанализировать современную общую психолого-педагогическую и специальную дефектологическую литературу по проблеме исследования.

2. Выявить особенности проявления гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития.

3. Составить и внедрить в образовательный процесс программу, направленную на коррекцию проявлений гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития посредством арт-терапии.

4. Оценить эффективность предложенной программы коррекции проявлений гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с ЗПР посредством арт-терапии.

Для решения указанных задач использовались следующие **методы:** анализ научной литературы, педагогическое наблюдение, беседа, психолого-педагогический эксперимент, количественный и качественный анализ результатов исследования.

Гипотеза исследования: процесс коррекции проявлений гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития будет эффективным, если будет реализована предложенная программа коррекции проявлений гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с ЗПР посредством арт-терапии в условиях дошкольной образовательной организации.

Теоретико-методологической основой исследования являются: работы в области проблем гиперактивных детей, системное рассмотрение

синдрома дефицита внимания и гиперактивности (Л. О. Бадалян, И. П. Брызгунов, Н. Н. Заваденко, Л. С. Чутко и др.), диагностика гиперактивных детей (М. Алворд, П. Бейкер, А. Л. Сиротюк и др.); исследования психического развития детей с ЗПР (В. В. Лебединский, К. С. Лебединская, Н. Ю. Борякова, М. С. Певзнер, Т. А. Власова, В. И. Лубовский, Л. С. Выготский и др.); исследования отечественных педагогов и психологов по проблемам снижения гиперактивности у детей посредством арт-терапии (А. И. Копытин, М. В. Киселева, Л. Д. Лебедева, Е. А. Медведева, В. Н. Никитин, А. В. Платонова и др.).

Теоретическая значимость исследования состоит в следующем: представлен подробный анализ современного состояния проблемы проявления гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития, позволяющий определить и реализовать наиболее эффективные пути коррекционной работы в данном направлении.

Практическая значимость исследования заключается в том, что составлена и апробирована в непосредственной образовательной деятельности программа коррекции гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с ЗПР посредством арт-терапии. Результаты экспериментальной части исследования, составленная и реализованная программа коррекции могут быть интересны педагогам, педагогам-психологам, учителям-дефектологам и родителям обучающихся с ЗПР, на практике решающим вопросы коррекции гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с ЗПР.

База исследования: муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение (МБДОУ) «Детский сад № 153 г. Челябинска».

В исследовании приняли участие 6 детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития, проявляющих в своем поведении признаки гиперактивности.

Структура работы: магистерская диссертация состоит из введения,

двух глав, выводов по каждой главе, заключения, списка использованных источников и приложений.

Во введении обозначены тема, проблема, актуальность, объект, предмет, цель, задачи, гипотеза исследования, а так же содержится информация о теоретической и практической значимости. Первая глава посвящена теоретическим аспектам понятия гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с ЗПР и использования арт-терапии в коррекционной работе с ними, во второй главе рассматриваются ход и результаты проведенного собственного эмпирического исследования. В заключении представлены основные итоги и обобщены результаты проведенного исследования.

Список использованных источников включает в себя 79 источников. В приложениях описываются разработанная и реализованная коррекционно-развивающая программа, а так же использованные для проведения исследования диагностические методики.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПРОЯВЛЕНИЙ ГИПЕРАКТИВНОСТИ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

1.1 Понятие гиперактивности в современной научной литературе

В настоящее время проблема гиперактивности одна из актуальных проблем в современной науке. Количество таких детей с каждым годом увеличивается, поэтому требуется детальное изучение этого понятия.

Данная проблема приобретает не только психологическую, но и социальную значимость, так как психомоторное беспокойство, расторможенность, повышенная раздражительность мешает таким детям адаптироваться в жизни, усваивать школьную программу. При неблагоприятных обстоятельствах в подростковом возрасте поведение гиперактивных детей может стать девиантным [58]. В последнее время вследствие широкой распространенности детской гиперактивности является объектом исследования специалистов в области медицины, психологии и педагогики (Ю. Ф. Домбровская, З. Тржесоглава, В. М. Трошин, А. М. Радаев, Ю. С. Шевченко, Л. А. Ясюкова, Е. К. Лютова, Г. Б. Мониной др.) [47].

Слово гиперактивность состоит из двух частей: «гипер» – (от греч. *hyper* – над, сверху) – составная часть сложных слов, указывающая на превышение нормы. Слово «активный» пришло в русский язык из латинского «*activus*» и означает «действенный, деятельный» [44].

Так, в психологическом словаре В. П. Зинченко и Б. Г. Мещерякова детская гиперактивность (*hyperactivity*) – отклонение от возрастных норм онтогенетического развития, характеризуется невнимательностью, отвлечением, импульсивным поведением в интеллектуальной и социальной деятельности, повышенной двигательной активностью при нормальном уровне интеллектуального развития [5].

По мнению Г. Б. Мониной [47] гиперактивность – это не поведенческая проблема, не результат плохого воспитания, а медицинский

и нейропсихологический диагноз, который может быть поставлен только по результатам специальной диагностики.

Впервые художественное описание проявлений гиперкинетического синдрома в 1854 году предложил немецкий невропатолог Генрих Хоффманн. А научное описание симптомов гиперактивности как расстройства начинается с публикаций Г. Ф. Стилла и С. Тредголда. Активное исследование этого синдрома началось с 60-х гг. прошлого века, когда благодаря М. Лауфер и другими авторами был введен в научный оборот термин «гиперкинетическое расстройство», а в качестве его наиболее вероятной причины была признана минимальная мозговая дисфункция. Со временем более широкое распространение получил термин «синдром дефицита внимания и гиперактивности» (СДВГ). Это связано с тем, что гиперактивность выступает только как одно из проявлений целого комплекса нарушений, а основной дефект связан с недостаточностью механизмов внимания и тормозящего контроля головного мозга [46].

О.И. Романчук рассматривает понятие СДВГ, как полиморфный клинический синдром, главным проявлением которого является нарушение способности ребенка контролировать и регулировать свое поведение, что выливается в двигательную гиперактивность, нарушение внимания и импульсивность [60].

По определению П. Альтхерра [1]: СДВГ у ребенка – расстройство развития, проявляющееся в нарушении поведения.

Несмотря на систематические научные исследования (З. Тржесоглава, Д. П. Кантуэлл, С. Сандлер, Л. А. Ясюкова, Н. Н. Заваденко ; Н. В. Михайличенко, И. П. Брызгунов, Е. В. Касатикова) и обилие научных публикаций по этиологии и патогенезу СДВГ, причины и механизмы развития СДВГ окончательно не раскрыты. Для объяснения патогенеза СДВГ предложены многочисленные концепции [25].

Нейробиологическая теория (И. П. Антонов, Л. О. Бадалян, Д. Н. Исаев). У детей с СДВГ отмечается ряд особенностей строения и

функционирования структур мозга, преимущественно префронтально-стриатоталамо-кортикальных структур. В основе формирования СДВГ лежат нейробиологические факторы: генетические механизмы и раннее органическое повреждение ЦНС в пре- и перинатальный периоды, которые могут сочетаться между собой.

Нейромедиаторная концепция (Т. Б. Дмитриева, А. З. Дроздов, Б. М. Коган, Дж. Л. Рапопорт). Результаты исследований свидетельствуют о вовлеченности в патологический процесс при СДВГ основных нейромедиаторных систем головного мозга: дофаминовой, норадреналиновой и серотониновой.

Генетическая концепция (Р. Х. Перлис, А. Э. Дойл, Дж. У. Смоллер). К числу генов, детерминирующих предрасположенность к развитию СДВГ (роль некоторых из них подтверждена, другие рассматриваются в качестве кандидатных) относятся гены, регулирующие обмен нейромедиаторов в мозге. СДВГ считается полигенным расстройством, при котором одновременно существующие многочисленные нарушения процессов нейромедиаторов обусловлены влияниями нескольких генов, перекрывающими защитное действие компенсаторных механизмов.

Нейропсихологическая теория (Н. Н. Заваденко, Н. К. Корсакова, М. Б. Денкла, Р. А. Баркли). СДВГ рассматривается с позиций нарушений (незрелости) функций лобных долей головного мозга (особенно префронтальной области) — управляющих функций (поведенческого торможения и самоконтроля).

Роль пищевых факторов и несбалансированного питания. Возникновению или усилению симптомов СДВГ могут способствовать несбалансированность питания (например, недостаточность белков при увеличении количества легко усваиваемых углеводов, особенно в утренние часы), а также недостаточность в пище микронутриентов: витаминов, фолатов, омега-3-полиненасыщенных жирных кислот, макро- и микроэлементов (магния, железа и др.)

Социально-психологические факторы (А. Джеймс,

Дж. Э. Хайнингер, С. К. Вайс). Наряду с биологическими факторами в формировании СДВГ важную, но не определяющую роль играют социально-психологические факторы, особенно внутрисемейные. К семейным факторам относят неблагоприятное социальное положение семьи, наличие криминального окружения, разногласия между родителями, алкоголизм у родителей. Нередко отмечается сочетанное влияние нескольких факторов.

Постановка диагноза СДВГ основывается на критериях МКБ-10 (Международная классификация болезней десятого пересмотра) для гипердинамического (гиперкинетического) синдрома с дефицитом внимания. Одновременно используются критерии классификации DSM-V (the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition) Американской психиатрической ассоциации, рекомендованные ВОЗ для практического применения в качестве критериев диагноза СДВГ [24].

Обе диагностические системы (МКБ-10 и DSM-V) едины в том, что для точной постановки диагноза необходимо, чтобы симптомы проявлялись более чем в одной ситуации, однако по МКБ-10, в отличие от DSM-V, для постановки диагноза должны присутствовать проявления, как невнимательности, так и гиперактивности и импульсивности. DSM-V таких требований не предъявляет и описывает различные клинические формы СДВГ [34]:

1. Смешанная (комбинированная) форма, с наличием выраженных симптомов как гиперактивности-импульсивности, так и дефицита внимания – от 50 до 75 % случаев.
2. СДВГ с преобладанием нарушений внимания – 20-30 %. Чаще встречается у подростков.
3. СДВГ с преобладанием гиперактивности и импульсивности – 15 % случаев, чаще встречается в дошкольном возрасте.

Также выделяют простую и осложненную формы заболевания. Если простая форма характеризуется только невнимательностью и гиперактивностью, то при осложненном течении заболевания к этим

симптомам присоединяются головные боли, тики, заикание, нарушения сна. Кроме того, СДВГ может быть как первичным, так и вторичным, т.е. возникать в результате других заболеваний или как следствие родовых травм и инфекционных поражений ЦНС, например, после перенесенного гриппа [60].

В работах Н. Н. Заваденко указывается, что к обязательным диагностическим критериям СДВГ относятся [24]:

1. Продолжительность: симптомы отмечаются на протяжении не менее 6 месяцев в такой степени выраженности, которая свидетельствует о плохой адаптации ребенка.

2. Постоянство: распространение на все сферы жизни: нарушения адаптации наблюдаются в двух и более сферах деятельности ребенка (дом, школа, контакты с друзьями или родственниками, другие виды деятельности).

3. Выраженность нарушений: существенные нарушения в обучении, социальных контактах, другой деятельности, несмотря на нормативный уровень интеллектуального развития.

4. Появление и развитие симптомов в возрасте до 12 лет.

5. Исключаются другие психические расстройства: симптомы не могут быть связаны исключительно с течением другого заболевания.

Большинство исследователей (А. Л. Сиротюк, Н. Н. Заваденко, Ю. С. Шевенко и др.) отмечают три основных блока проявления СДВГ [64]:

- 1) гиперактивность,
- 2) нарушение внимания,
- 3) импульсивность.

Гиперактивность предполагает чрезмерную нетерпеливость, повышенную двигательную активность, особенно в ситуациях, требующих относительного спокойствия, чрезмерную болтливость и шумливость. Стандартом для суждения должно быть то, что активность является чрезмерно высокой в контексте ожидаемого в этой ситуации и по сравнению с другими детьми того же возраста и интеллектуального

развития. Эта поведенческая особенность становится наиболее очевидной в структурированных, организованных ситуациях, требующих высокой степени самоконтроля поведения.

Нарушения внимания могут проявляться в трудностях его удержания, в снижении избирательности и выраженной отвлекаемости с частыми переключениями с одного занятия на другое. Такие дети характеризуются непоследовательностью в поведении, забывчивостью, неумением слушать и сосредоточиться, частой потерей личных вещей. Они стараются избежать заданий, требующих длительных умственных усилий. Однако показатели внимания таких детей подвержены существенным колебаниям. Если деятельность ребенка связана с заинтересованностью, увлеченностью и удовольствием, то они способны удерживать внимание часами.

Любой психический процесс может быть полноценно развит только при условии сформированности внимания. Л. С. Выготский писал, что направленное внимание играет огромную роль для процессов абстракции, мышления, мотивации, направленной активности [16].

Импульсивность (недостаток контроля поведения в ответ на конкретные требования). Клинически эти дети часто характеризуются как быстро реагирующие на ситуации, не дожидаясь указаний и инструкций, позволяющих выполнять задание. Часто действует не подумав, перебивает других, может без разрешения встать и выйти из класса. Кроме того, такие дети не умеют регулировать свои действия и подчиняться правилам, ждать, часто повышают голос, эмоционально лабильны (часто меняется настроение). Они небрежны, невнимательны, беспечны и легкомысленны.

Такие авторы, как Н. Н. Заваденко [25], П. Уэндер, Р. Шейдер [72] и др. обращают внимание на то, что СДВГ часто приводит к развитию вторичных проблем, и их наличие или отсутствие в значительной мере определяет прогноз.

Наличие сопутствующего, коморбидного психиатрического расстройства для детей и взрослых с СДВГ – скорее закономерность, чем исключение. По данным исследований Гиллберга, по меньшей мере 85 %

детей с СДВГ имеют хотя бы одно коморбидное расстройство, а 60 % – два. Основные коморбидные расстройства в детстве [60]:

1. Расстройства поведения (40-60 %) – оппозиционное, агрессивное и антисоциальное поведение.
2. Расстройство развития речи и школьных навыков (25-40 %).
3. Тревожные и соматоформные расстройства (21-40 %).
4. Депрессия (16-26 %), биполярное расстройство.
5. Тики (до 20 %), в том числе синдром Жилля де ля Туретта.
6. Расстройство развития координации движений (до 50 %).
7. Расстройства спектра аутизма, умственная отсталость, пограничная интеллектуальная недостаточность.
8. Энурез, расстройства сна.

В подростковом и зрелом возрасте добавляются:

1. Расстройства личности.
2. Злоупотребление / зависимость от алкоголя и наркотиков.
3. Расстройства импульс-контроля.

Симптоматика СДВГ проявляется по-разному в дошкольном, младшем школьном и подростковом возрасте.

И. П. Брызгунов [9] и Е. В. Касатикова [30] отмечают наибольшее число детей с СДВГ в 5-12-летнем возрасте. Детям более раннего возраста диагноз СДВГ при первом обращении, как правило, не ставят, а адресно наблюдают несколько месяцев, в течение которых оценивают выраженность и постоянство симптомов. Нарастание симптомов СДВГ нередко бывает приурочено к началу посещения детского сада или школы, что связано с увеличением нагрузок на ребенка. Установлено, что в подростковом возрасте выраженные симптомы СДВГ продолжают сохраняться не менее чем у 50-80 % пациентов с СДВГ.

По современным научным данным, среди мальчиков 6-12 лет признаки синдрома диагностируются в 2-3 раза чаще, чем среди девочек. Высокая частота распространенности синдрома у мальчиков обусловлена более высокой уязвимостью плода мужского пола к патогенетическим

воздействиям во время беременности и родов. У девочек полушария головного мозга менее специализированы из-за большего количества межполушарных связей, поэтому они имеют больший резерв компенсаторных механизмов по сравнению с мальчиками при поражении центральной нервной системы [74].

Р. А. Баркли отмечает, что от 25 до 50 % гиперактивных детей «перерастают» этот синдром [60]. Однако у 6-8 % детей, по данным О. В. Халецкой [73], симптомы расстройства приводят к задержке психического развития, а в подростковом возрасте способствуют возникновению психопатологических расстройств и асоциальных состояний.

Таким образом, в современной науке под гиперактивностью понимается состояние, при котором возбудимость и двигательная активность человека превышает норму, является непродуктивной и неадекватной. Гиперактивность как одно из патологических проявлений является частью целого комплекса нарушений, которые составляют «синдром дефицита внимания и гиперактивности».

В современном восприятии СДВГ – это неврологическо-поведенческое расстройство, которое способно серьезно влиять на качество жизни человека: учебу, работу, межличностные отношения и, что важно, на самовосприятие личности.

Симптомами СДВГ являются трудности концентрации внимания, гиперактивность и плохо управляемая импульсивность.

Не устраненные проявления гиперактивности могут иметь тяжелые последствия у ребенка старшего дошкольного возраста: наблюдаются нарушения в развитии познавательных процессов, выражающиеся в неустойчивости внимания, в низком объеме памяти, недоразвитии таких процессов, как воображение, мышление и восприятие. Наблюдаются нарушения и в формировании коммуникативных навыков. Как правило, в ситуации общения дети с гиперактивностью пассивны, они не умеют контролировать свое поведение, им свойственно проявление агрессии в

отношении партнера по общению. Все это оказывает негативное влияние, как на психическое развитие ребенка, так и на процесс формирования его личностных качеств, что может привести к задержке психического развития.

1.2 Клинико-психолого-педагогическая характеристика детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития

В последнее время наблюдается увеличение числа детей с задержкой психического развития (ЗПР). По данным различных исследователей это число колеблется от 20 % до 60 % общей численности детей (И. А. Коробейников, Ю. А. Костенкова, Р. Д. Тригер, С. Г. Шевченко и др.). На процесс увеличения численности детей данной категории влияют социальные и биологические факторы. Многим детям требуется не столько медикаментозная, сколько психологическая и педагогическая помощь (Н. В. Бабкина, Н. Г. Капустина, Ю. А. Костенкова, Е. А. Лапп, Н. А. Цыпина и др.) [29].

Комплексное изучение ЗПР как специфической аномалии детского развития развернулось в отечественной дефектологии в 60-е гг. прошлого века. Это было связано потребностями школьной практики, когда в связи с переходом на новые усложненные программы резко возросли образовательные проблемы у стойко неуспевающих школьников [71].

В настоящее время в психологической и педагогической практике понятие «задержка психического развития» употребляется по отношению к детям со слабо выраженной недостаточностью центральной нервной системы – органической или функциональной. У этих детей нет специфических нарушений слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата, тяжелых нарушений речи, они не являются умственно отсталыми. В то же время у большинства из них наблюдается полиморфная клиническая симптоматика: незрелость сложных форм поведения, недостатки целенаправленной деятельности на фоне повышенной истощаемости, нарушенной работоспособности, энцефалопатических расстройств [61].

Патогенетической основой этих симптомов является перенесенное ребенком органическое поражение центральной нервной системы (ЦНС) и ее резидуально-органическая недостаточность, на что указывают в своих исследованиях Г. Е. Сухарева [69], М. С. Певзнер [51], К. С. Лебединская [40], И. Ф. Марковская [45], В. И. Лубовский, Т. А. Власова [14] и др. ЗПР также может быть обусловлена функциональной незрелостью ЦНС.

В. М. Астапов [3], Н. П. Вайзман [11], отмечают, что ЗПР – не клиническая форма заболевания. Это дизонтогенное (аномальное) развитие. Оно характеризуется нарушением познавательной деятельности и расстройством эмоционального развития (инфантилизмом). Сущность ЗПР состоит в следующем: созревание организма и развитие психических процессов (мышления, памяти, внимания, восприятия, речи), эмоционально-волевой сферы личности происходит неравномерно и в замедленном темпе, отставая от нормы на 1,5-2 года.

В этиологии ЗПР играют роль конституциональные факторы, хронические соматические заболевания, длительные неблагоприятные условия воспитания и, главным образом, органическая недостаточность центральной нервной системы. Стойкая задержка развития имеет органическую природу. Многие исследователи в качестве причин выделяют: хронические соматические заболевания матери, начавшиеся еще до беременности; патологию беременности; асфиксию и родовые травмы; ранние (в первые 1-2 года жизни) постнатальные заболевания [35].

Особенностью детей с ЗПР является неравномерность (мозаичность) нарушений ЦНС, что приводит к парциальной недостаточности различных психических функций [51].

Вопросами этиологии и классификации ЗПР занимались Г. Е. Сухарева [69], М. С. Певзнер [51], К. С. Лебединская [40], Т. А. Власова [14].

В практике работы с детьми с ЗПР более широко используется классификация К. С. Лебединской (1980), разработанная на основе

этиопатогенетического подхода. В соответствии с данной классификацией различают четыре основных варианта ЗПР [40]:

1. Задержка психического развития конституционального происхождения (гармонический психический и психофизический инфантилизм). При данном варианте на первый план в структуре дефекта выступают черты эмоциональной и личностной незрелости. Эмоционально-волевая незрелость может сочетаться с негрубыми нарушениями познавательной деятельности, речи, повышенной истощаемостью и пресыщаемостью активного внимания. Это обусловлено замедленным темпом развития структур левого полушария, в первую очередь лобной и теменной областей, а также внутрислошарных и межполушарных связей. Вследствие этого у ребенка ослаблен контроль и регуляция деятельности.

Эмоционально-волевая незрелость выражается в несамостоятельности, повышенной внушаемости, беспечности, преобладании игровых интересов. Для таких детей характерна «детскость моторики» – суетливость, порывистость, недостаточная координированность движений. Инфантильность психики часто сочетается с инфантильным типом телосложения, с «детскостью» мимики, моторики, преобладанием эмоциональных реакций в поведении. Такие дети проявляют творчество в игре, эта деятельность для них наиболее привлекательна в отличие от учебной. Заниматься они не любят и не хотят. Перечисленные особенности затрудняют социальную, в том числе школьную адаптацию. В структуре нарушения на первый план выступает эмоционально-личностная незрелость.

2. Задержка психического развития соматогенного генеза возникает у детей с хроническими соматическими заболеваниями – сердца, почек, эндокринной системы и др. Детей характеризуют явления стойкой физической и психической астении, что приводит к снижению работоспособности и формированию таких черт личности, как робость, боязливость. Дети растут в условиях ограничений и запретов, сужается

круг общения, у них недостаточно пополняется запас знаний и представлений об окружающем. Нередко возникает вторичная инфантилизация, формируются черты эмоционально-личностной незрелости, что наряду со снижением работоспособности и повышенной утомляемостью не позволяет ребенку достичь оптимально уровня возрастного развития.

3. Задержка психического развития психогенного происхождения связана с неблагоприятными условиями воспитания, препятствующими правильному формированию личности ребенка (явления гипопеки, гиперопеки и т.д.). Черты патологической незрелости эмоционально-волевой сферы в виде аффективной лабильности (неустойчивость настроения с выраженными проявлениями часто сменяющихся эмоций), импульсивности, повышенной внушаемости, нерешительности у этих детей часто сочетаются с недостаточным уровнем знаний и представлений, они не способны к длительным интеллектуальным усилиям.

4. Задержка церебрально-органического генеза. При этом варианте ЗПР сочетаются черты незрелости и различной степени поврежденности ряда психических функций.

В зависимости от их соотношения выделяются две категории детей (И. Ф. Марковская [45]):

1) группа а – в структуре дефекта преобладают черты незрелости эмоциональной сферы по типу органического инфантилизма, т. е. в психологической структуре ЗПР сочетаются несформированность эмоционально-волевой сферы (эти явления преобладают) и познавательной деятельности, выявляется негрубая неврологическая симптоматика;

2) группа б – доминируют симптомы поврежденности: выявляются стойкие энцефалопатические расстройства, парциальные нарушения корковых функций, в структуре дефекта преобладают интеллектуальные нарушения.

В обоих случаях страдают функции регуляции психической деятельности: при первом варианте в большей степени страдает звено

контроля, при втором – и звено контроля, и звено программирования, что обуславливает низкий уровень овладения детьми всеми видами деятельности (предметно-манипулятивной, игровой, продуктивной, учебной, речевой). Дети не проявляют устойчивого интереса, деятельность недостаточно целенаправленна, поведение импульсивное.

ЗПР церебрально-органического генеза, характеризующаяся первичным нарушением познавательной деятельности, является наиболее стойкой и представляет особо тяжелую форму ЗПР. По своей сути эта форма ЗПР нередко выражает пограничное с умственной отсталостью состояние, что требует квалифицированного комплексного подхода к обследованию детей.

По мнению У. В. Ульенковой [70] психологические особенности старших дошкольников с ЗПР проявляются, прежде всего в том, что это дети с нереализованными возрастными возможностями. Все основные психические новообразования возраста у них формируются с запаздыванием и имеют качественное своеобразие.

Особенности внимания детей с ЗПР изучали такие ученые, как Т. А. Власова [14], Е. А. Стребелева [66], М. С. Певзнер [51] и др.

В своих работах В. И. Лубовский [67] отмечает недостаточную сформированность произвольного внимания детей с ЗПР, дефицитарность основных свойств внимания: концентрации, объема, распределения. Для таких детей характерна рассеянность внимания, они не способны удерживать внимание достаточно длительное время, быстро переключать его при смене деятельности. Деятельность носит недостаточно целенаправленный характер, дети часто действуют импульсивно, легко отвлекаются, быстро утомляются, истощаются. Также у них недостаточно сформирована способность к произвольной регуляции деятельности и поведения, что затрудняет выполнение заданий учебного типа.

Л. А. Венгер [13], Е. В. Бочкина, М. М. Дороничева [59] и другие исследователи изучали особенности восприятия у детей с ЗПР. Снижена скорость выполнения перцептивных операций. Ориентировочно-

исследовательская деятельность в целом имеет низкий уровень развития: дети не умеют обследовать предмет, не проявляют выраженной ориентировочной активности, длительное время прибегают к практическим способам ориентировки в свойствах предметов.

У детей дошкольного возраста с ЗПР их сенсорный опыт долго не закрепляется и не обобщается в слове.

Затруднен процесс анализирующего восприятия: дети не умеют выделить «основные» структурные элементы предмета, их пространственное соотношение, мелкие детали. Можно говорить о замедленном темпе формирования целостного образа предмета.

Со стороны слухового восприятия главным образом страдают фонематические процессы.

Названные выше недостатки ориентировочно-исследовательской деятельности касаются и тактильно-двигательного восприятия, которое обогащает чувственный опыт ребенка и позволяет ему получить сведения о таких свойствах предметов, как температура, фактура материала, некоторые свойства поверхности, форма, величина. Затруднен процесс узнавания предметов на ощупь.

Особенности памяти детей с ЗПР изучали: Н. Г. Поддубная [53], В. Г. Лутоян [43], В. Л. Подобед [54]. Память у детей с ЗПР находится в определенной зависимости от нарушений внимания и восприятия. В. Г. Лутоян [43] отмечает, что продуктивность произвольного запоминания у детей с ЗПР значительно низкая. В первую очередь у детей ограничен объем памяти и снижена прочность запоминания. Характерна неточность воспроизведения и быстрая утеря информации. В наибольшей степени страдает вербальная память. Выраженность этого дефекта зависит от происхождения ЗПР. При правильном подходе к обучению, дети способны к усвоению некоторых мнемотехнических приемов, овладению логическими способами запоминания [21].

Исследование особенностей мышления у детей с ЗПР занимался ряд отечественных ученых, таких как У. В. Ульенкова [70], С. Г. Шевченко [77], С. А. Домишкевич, И. А. Коробейников, Т. А. Стрекалова [68] и др.

Отставание отмечается уже на уровне наглядных форм мышления, возникают трудности в формировании сферы образов-представлений. Отмечается подражательный характер деятельности детей с ЗПР, несформированность способности к творческому созданию новых образов, замедлен процесс формирования мыслительных операций. К старшему дошкольному возрасту у детей с ЗПР еще не сформирован соответствующий возрастным возможностям уровень словесно-логического мышления – дети не выделяют существенных признаков при обобщении, а обобщают либо по ситуативным, либо по функциональным признакам.

У детей с ЗПР наблюдаются отклонения в развитии двигательной сферы. Это выражается в легких и латентных двигательных нарушениях. Но даже негрубые дисфункции двигательной сферы, приводят к вторичному недоразвитию более сложных дифференцированных движений (И. Ф. Марковская [45], Е. А. Екжанова [28]). В целом для двигательной сферы детей с ЗПР характерны: нарушение произвольной регуляции движений, недостаточная координированность и четкость произвольных движений, трудности переключения и автоматизации, наличие синкинезий и выраженная быстрая истощаемость. Наиболее страдает у детей данной категории моторика кистей и пальцев рук. Отклонения в развитии моторной сферы у детей с ЗПР создают определенные трудности в учебной деятельности, особенно неблагоприятно влияют на овладение навыками письма, рисования, ручного труда.

Проблемой особенностей развития речи детей с ЗПР занимались Т. А. Власова [14], Р. И. Лалаева [37], В. И. Лубовский [67], Н. Ю. Борякова [7], Е. С. Слепович [65] и др. Они выяснили, что многим из них присущи дефекты звукопроизношения, недостатки фонематического

восприятия. Много детей с таким речевым нарушением, как дизартрия. Нарушения речи при ЗПР носят системный характер и входят в структуру дефекта. На уровне импрессивной речи отмечаются трудности в понимании сложных, многоступенчатых инструкций, логико-грамматических конструкций. Дети рассматриваемой группы имеют ограниченный словарный запас, затруднены словообразовательные процессы. Есть проблемы в формировании связной речи. Дети не могут пересказать небольшой текст, составить рассказ по серии сюжетных картин, им недоступно творческое рассказывание.

Исследованием особенностей игровой деятельности у детей с ЗПР занимались Л. В. Кузнецова [49], Е. С. Слепович [65], Д. Б. Эльконин [78] и др. У таких детей снижен интерес к игре и игрушкам, у них с трудом возникает замысел игры, сюжеты стереотипны, преимущественно затрагивают бытовую тематику. Ролевое поведение отличается импульсивностью. В процессе игры дети мало общаются между собой, они играют не «вместе», а «рядом», между ними часто возникают конфликты, коллективная игра не складывается.

Особенности эмоциональной сферы детей с ЗПР представлены в работах Т. А. Власовой [14], Л. С. Выготского [16] и др.

Дети дошкольного возраста с ЗПР отличаются незрелостью эмоционально-волевой сферы и коммуникативной деятельности, что отрицательно влияет на поведение и межличностное взаимодействие. У детей с психическим инфантилизмом, психогенной и соматогенной ЗПР наблюдаются нарушения поведения, проявляющиеся в повышенной аффектации, снижении самоконтроля, наличии патохарактерологических поведенческих реакций. Таким детям сложно подчиниться правилам дисциплины, они редко завязывают дружеские отношения со своими сверстниками, не всегда соблюдают дистанцию со взрослыми, могут вести себя навязчиво, бесцеремонно, или, наоборот, отказываются от контакта и сотрудничества. У них отсутствует познавательный интерес, они стремятся быстрее завершить задание, зачастую не доводя его до конца [29].

Е. Н. Васильева, Г. Н. Ефремова в своих работах отмечает проблемы в формировании нравственно-эстетической сферы – страдает сфера социальных эмоций, они слабо ориентируются в нравственно-эстетических нормах поведения [12]. В старшем дошкольном возрасте такой ребенок безынициативен, его эмоции недостаточно яркие, он не умеет выразить свое эмоциональное состояние, затрудняется в понимании состояний других людей. Ребенок не может регулировать свое поведение на основе усвоенных норм и правил, не готов к волевой регуляции поведения.

Таким образом, под ЗПР принято понимать нарушение нормального темпа психического развития, когда отдельные психические функции (мышление, память, внимание, восприятие, речь) и эмоционально-волевая сфера отстают в своем развитии от принятых психологических норм для данного возраста.

По классификации К. С. Лебединской выделено 4 основных варианта ЗПР: ЗПР конституционального происхождения; ЗПР соматогенного генеза; ЗПР психогенного генеза; задержка церебрально-органического генеза.

Однако, вне зависимости от клинического варианта существует ряд характеристик, которые в любом случае носят ЗПР – это замедленный темп формирования познавательной и эмоциональной сфер с их временной фиксацией на более ранних возрастных этапах, незрелость мыслительных процессов, недостаточность целенаправленности интеллектуальной деятельности, ее быстрой истощаемостью, преобладанием игровых интересов, ограниченность представлений об окружающем мире, чрезвычайно низкими уровнями общей осведомленности, социальной и коммуникативной компетентности, но при этом имеют достаточно высокие потенциальные возможности развития, соответствующей возрастной норме.

1.3 Особенности проявления гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития

Сегодня проблема гиперактивного поведения детей старшего дошкольного возраста приобретает особую социальную значимость, так как психомоторное беспокойство, повышенная раздражительность, расторможенность мешают таким детям усваивать программу и как следствие адаптироваться к жизни в социуме. Еще острее и сложнее проблемы встают на пути развития ребенка, изначально имеющего задержку психического развития.

Проблема гиперактивности и ее коррекции в психологической и педагогической литературе недостаточно разработана как в теоретическом, так и практическом направлении. Несмотря на достаточную разработанность проблем детей с ЗПР, на сегодняшний день практически отсутствуют исследования, в которых феномены задержки психического развития и синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста рассматривается в совокупности [60].

М. С. Певзнер [51] отмечает у детей с ЗПР проявление синдрома гиперактивности, импульсивности, а также повышение уровня тревоги и агрессии.

Г. Е. Сухарева [69] в своих исследованиях считает, что для детей с ЗПР характерна, главным образом, недостаточная зрелость аффективно-волевой сферы. Анализируя динамику развития неустойчивых личностей, Г. Е. Сухарева, подчеркивала, что их социальная адаптация больше зависит от влияния окружающей среды, чем от них самих, они повышено внушаемы и импульсивны, склонны идти по пути наименьшего сопротивления, подвержены отрицательным внешним влияниям. Все эти критерии характеризуют низкий уровень критичности, незрелость, неспособность адекватно оценить ситуацию. Значительная часть детей с ЗПР проявляют в своем поведении такие свойства как то, что они не подчиняются дисциплинарным требованиям, у них наблюдается

повышенный уровень конфликтности при взаимодействии, как со сверстниками, так и с педагогами.

Вопросами изучения особенностей нарушений в поведении и эмоциональной сфере у детей с ЗПР занимались У. В. Ульенкова [71], Е. Н. Васильева [12], Т. Н. Павлий [50], С. Г. Шевченко [77] и другие.

По мнению Е. А. Стребелевой [66] для психической сферы ребенка с ЗПР типичным является сочетание дефицитарных функций с сохранными. Парциальная (частичная) дефицитарность высших психических функций может сопровождаться инфантильными чертами личности и поведения ребенка. При этом в отдельных случаях у ребенка страдает работоспособность, в других случаях – произвольность в организации деятельности, в третьих – мотивация к различным видам познавательной деятельности и т. д.

У многих детей с ЗПР уже в первые годы жизни обнаруживается двигательная расторможенность – гиперактивное поведение. Они крайне неусидчивы, постоянно находятся в движении, вся их деятельность нецеленаправленна, ни одно начатое дело они не могут довести до конца. Многие из них также отличаются повышенной эмоциональной возбудимостью, драчливостью, агрессивностью, импульсивным поведением. Большинство детей не способны к игровой деятельности, они не умеют ограничивать свои желания, бурно реагируют на все запреты, отличаются упрямством. Для многих детей характерна моторная неловкость, у них слабо развиты тонкие дифференцированные движения пальцев рук [9].

Наиболее ярко гиперактивность проявляется у детей с ЗПР в старшем дошкольном возрасте. В этот период складываются важные уровни, составляющие структуру произвольности психической активности: психомоторной активности, регуляции высших психических функций, эмоциональной регуляции. От своевременности развития указанных структурных уровней произвольности психической активности зависят возможности адаптивного поведения в социуме и качество

саморегуляции, недостатки которых у детей с ЗПР доказаны такими учеными, как И. А. Юркова, Г. Е. Сухарева, М. С. Певзнер, У. В. Ульенкова и др. [51].

Причины нарушений в психическом развитии при гиперактивности А. Б. Булгаков и О. С. Булгакова видят в том, что замедлено биологическое созревание центральной нервной системы, это тормозит развитие высших психических функций (преимущественно регулятивного компонента) и не позволяет ребенку адаптироваться к новым условиям существования, снижена работоспособность, способность переносить умственные нагрузки [10].

Гиперактивное поведение старших дошкольников с ЗПР отличается следующими признаками [24]:

- 1) часто наблюдаются беспокойные движения в кистях и стопах;
- 2) сидя на стуле, крутятся, вертятся;
- 3) встают со своего места в группе во время занятий или в других ситуациях, когда нужно оставаться на месте;
- 4) проявляют бесцельную двигательную активность: бегают, крутятся, пытаются куда-то залезть, причем в таких ситуациях, когда это неприемлемо;
- 5) обычно не могут тихо, спокойно играть или заниматься чем-либо на досуге;
- 6) находятся в постоянном движении и ведут себя так, «как будто к ним прикрепили мотор»;
- 7) часто бывают болтливы;
- 8) часто отвечают на вопросы, не задумываясь, не выслушав их до конца;
- 9) обычно с трудом дожидаются своей очереди в различных ситуациях;
- 10) часто мешают другим, пристают к окружающим (например, вмешиваются в беседы или игры).

У детей с СДВГ и ЗПР нарушена координация крупных движений и они могут быть «неуклюжими». Д. Дьюи и Б. Дж. Каплан различают три типа нарушения развития координации движений среди детей, которые относятся к категории «неуклюжих» [62]:

- 1) нарушение последовательности движений;
- 2) нарушение выполнения движений (нарушения равновесия, координации движений, мимики);
- 3) нарушение развития всех двигательных умений.

Так же дети с СДВГ и ЗПР имеют нарушения мелкой моторики различной степени тяжести. Им бывает трудно научиться завязывать шнурки, вырезать ножницами точно по контуру, раскрашивать, не вылезая за границы. Они испытывают сложность в координации мелких движений при письме. Эти дети имеют хронические трудности моторной координации, не позволяющие им легко и просто выполнять ежедневные бытовые задачи, поэтому они с трудом овладевают навыками самообслуживания [62].

Дети испытывает трудности, которые связаны с удержанием равновесия – стояние, катание на коньках или роликах, двухколесном велосипеде. Нарушается зрительно-пространственная координация, ребенок неспособен играть в спортивные игры, особенно с мячом. Моторная неловкость повышает риск травматизма [25]. Поступки детей с СДВГ и ЗПР импульсивны, от чего задания выполняются неряшливо. Поступки, действия несдержанные, во время занятия ребенок может выкрикивать с места. В ходе игры или иной деятельности плохо переносят «ситуацию неудачи», агрессивно реагирует на ожидание. При общении со взрослым человеком настойчиво и подчас грубо отстаивает свою точку зрения. По мере взросления ситуация может усугубиться, импульсивность становится более выраженной и заметной для окружающих [44].

В сфере межличностных отношений дети данной категории с трудом поддерживают нормальные отношения со взрослыми и сверстниками, в основном они нарушены. Данные дети отличаются стремлением

руководить, навязывать свое мнение, подчас в агрессивной и требовательной форме. Гиперактивный ребенок с ЗПР сразу негативно реагирует на слово «нет» или строгое замечание [73]. Друзей у данной категории детей мало. Несмотря на позитивное отношение к коллективу, они быстро находят и теряют друзей, поскольку повседневное поведение характеризуется непоследовательностью, импульсивностью и непредсказуемостью. Предсказать действия и поступки гипердинамичного ребенка с ЗПР невозможно, поскольку у него самого нет четкого планирования своих действий, но есть импульсивное отношение к отдельным ситуациям. Целенаправленно дети не желают зла своим сверстникам и близким, все поступки спонтанны. Шалости или глупости влекут за собой негативные и разрушительные последствия. При этом сам виновник происшествия искренне огорчается. Обида для гипердинамичного ребенка с ЗПР явление редкое. Исходя из особенностей мышления, гипердинамичный ребенок с ЗПР не в состоянии долго концентрироваться на отдельной деятельности, поступке или эмоции. Обида в этом случае не исключение, после ссоры обычно зла долго не держит и легко может помириться со сверстниками. Но все же стоит отметить, что дети данной категории, несмотря на такую положительную черту характера, как незлопамятность, обладают в коммуникативном отношении большей совокупностью отрицательных качеств. Несдержанность и раздражительность, подверженность частой и кардинальной смене настроений, неумение управлять своими поступками в ходе любой коллективной деятельности ведут к негативному восприятию окружающих. В силу своей импульсивности ребенок способен совершить агрессивный и деструктивный поступок. Например, сломать, порвать игрушку сверстника или сбросить чужие вещи на пол [41]. Поскольку такие дети социально незрелые, то предпочитают строить игровые отношения с теми, кто их младше по возрасту. Со взрослыми отношения складываются достаточно сложно. Беседа становится настоящим испытанием, объяснение невозможно дослушать до конца. Отвлекаемость

на фоне отсутствия интереса очень высокая. Игнорированию подвергаются как поощрение со стороны взрослых, так и наказание. В случае похвалы, взрослый не может надеется на улучшение поведения. Если поощрение не будет обоснованным и честным, поведение только ухудшится. Тем не менее, в случае с гиперактивными детьми и с ЗПР, похвала все же необходима, но должна быть четко продумана и последовательна [47].

В эмоциональном отношении гипердинамичные дети с ЗПР тоже имеют свои особенности проявления. Приподнятое и радостное настроение резко меняется на депрессивное и грустное. При этом нередки случаи проявления беспричинных приступов злости и ярости, гневных импульсивных действий. Все это проявляется как к окружающим, так и к себе. У ребенка занижена самооценка, самоконтроль низкий или отсутствует. Регуляция произвольная, тревожность значительно повышена. Эмоции воздействуют на все компоненты познания: ощущения, восприятие, внимание, воображение, память и мышление [9].

Многим гиперактивным детям с ЗПР трудно контролировать свои агрессивные эмоции и их деструктивные последствия, как в социальных отношениях, так и в других сферах жизни. Сильная неуправляемость, неуправляемая злость имеет свойство «помрачать» сознание, заставляет необъективно воспринимать ситуацию как чрезмерно враждебную и соответственно действовать импульсивно. Наряду с высокой долей импульсивности и отсутствием самоконтроля, ребенок может представлять опасность для себя и для окружающих, так как могут прибегать к физической агрессии, направленной на других, на вещи и на самих себя. Наличие такого поведения является одним из отрицательных прогностических факторов относительно будущего ребенка с гиперактивностью и ЗПР. Дети обладают сниженным болевым порогом, чувство страха практически отсутствует [41].

По причине повышенной возбудимости гипердинамичные дети с ЗПР с трудом приобретают стандартные социальные навыки [24]. Даже при наличии четкого режима дети трудно засыпают. Прием пищи

медленный и неаккуратный, проявляется в том, что ребенок все роняет и разливает. К сожалению, процесс приема пищи становится причиной ежедневных конфликтных ситуаций в семье, воспитывающей гиперактивного ребенка с ЗПР [23].

Для гиперактивных детей с ЗПР характерно нарушение речи (задержка ее развития, моторная артикуляционная, недостаточность, нарушение речевого дыхания и др.), в особенности, ее регулирующей функции, затрудняют возможность детей последовательно выполнять интеллектуальные операции. Дети дошкольного возраста с гиперактивностью часто не замечают своих ошибок, забывают поставленную задачу, легко переключаются на побочные, несущественные раздражители [63].

Функция внимания является при гиперактивности у детей с ЗПР закономерно нарушенной. Это выражается, прежде всего, в трудностях сосредоточения и удержания внимания, что объясняется как повышенной отвлекаемостью (в том числе на незначительные стимулы), так и истощаемостью вследствие церебральной астении, и отсутствием достаточной мотивации [46].

Память у гиперактивных детей с ЗПР из-за исключительной неустойчивости внимания наблюдаются «пробелы в хорошо усвоенном» материале [47]. Среди расстройств кратковременной памяти у детей с выделяют уменьшение объема запоминания, повышенную тормозимость посторонними раздражителями, замедленное запоминание. При этом отмечается, что усиление мотивации или организация материала дает компенсаторный эффект, что позволяет сделать вывод о сохранности корковой функции в отношении памяти при гиперактивности [64].

Таким образом, можно сделать вывод, что как у детей старшего дошкольного возраста с ЗПР возможны проявления гиперактивного поведения, так и гиперактивность у ребенка может привести к задержке психического развития.

Наиболее ярко гиперактивность проявляется в старшем дошкольном возрасте. В этот период осуществляется постепенный переход от ведущей игровой деятельности к подготовке к учебной, что влечет за собой увеличение интеллектуальных нагрузок: от детей требуются умения концентрировать внимание на более длительном отрезке времени, доводить начатое дело до конца, добиваться определенного результата.

У гиперактивных детей с ЗПР наблюдаются нарушения в развитии познавательных процессов, выражающиеся в неустойчивости внимания, в низком объеме памяти, недоразвитии таких процессов, как воображение, мышление и восприятие. Наблюдаются нарушения и в формировании коммуникативных навыков. Как правило, в ситуации общения дети с гиперактивностью пассивны, они не умеют контролировать свое поведение, им свойственно проявление агрессии в отношении партнера по общению. Детям с гиперактивностью не интересна игровая деятельность, так как им сложно сосредоточиться какое-то время, пусть даже и интересном, на одном объекте или какой-либо деятельности. Все это оказывает негативное влияние, как на психическое развитие ребенка, так и на процесс формирования его личностных качеств.

1.4 Организация коррекционного процесса по преодолению гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития посредством арт-терапии

В настоящее время в системе образования на первый план выдвигается создание условий для становления личности каждого ребенка в соответствии с особенностями его психического и физического развития, возможностями и способностями [7].

Необходимость решения проблем с оказанием помощи гиперактивным детям с ЗПР возникает именно в детском саду, так как основные проявления самой задержки психического развития и еще в сочетании с гиперактивным поведением происходят именно в период

становления центральной нервной системы у детей – в дошкольном возрастном периоде.

Коррекционно-развивающее обучение по преодолению гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с ЗПР оказывается эффективным, если педагоги следуют некоторым принципам, вытекающим из особенностей учащихся данной категории.

Результаты исследований Г. Б. Мониной, О. И. Михайловской подтвердили, что помощь должна носить комплексный характер. Как правило, в команду заинтересованных участников входят врач-невролог, педагог-психолог, педагог и обязательно родители. Зачастую именно педагог направляет ребенка к педагогу-психологу, заметив первые симптомы СДВГ. И именно педагог может дать врачу и педагогу-психологу обратную связь, касающуюся эффективности выбранного врачом метода лечения или используемых педагогом-психологом приемов работы [47].

Следующий принцип обучения гиперактивного ребенка с ЗПР заключается в том, что меры педагогического воздействия на него принесут свои положительные результаты только в случае систематического их применения.

По мнению Е. К. Лютовой, Г. Б. Мониной, принцип поэтапности в работе с гиперактивными детьми с ЗПР предполагает, что учитывая их индивидуальные физиологические особенности, желательно сначала выделить время на установление контакта, затем осуществлять индивидуальную работу по развитию произвольности действий (умение слушать инструкцию, подчиняться правилам); отработку (поочередную) дефицитарных функций, развитие умения рефлексии и лишь после этого переходить к групповой работе [44].

Принцип активного привлечения ближайшего социального окружения к коррекционной работе с ребенком. Ребенок развивается в целостной системе социальных отношений, субъектом которой он является (Л. С. Выготский [16], Л. А. Венгер [13] и др.). Развитие ребенка

происходит в системе отношений с близкими ему людьми, взрослыми. Успех коррекционной работы с ребенком наряду с другими составляющими зависит и от сотрудничества с родителями.

По мнению Л. В. Занкова, М. В. Зверева, А. А. Кирсанова, Г. Б. Мониной индивидуализация обучения – важнейший фактор, влияющий на формирование учебных навыков, и предполагает сознательные усилия педагога, направленные на отбор и адаптацию методик обучения, на структурирование учебного процесса в соответствии с потребностями каждого ребенка. Это не только принятие и понимание ребенка, это система мероприятий, сознательно используемых педагогом в ходе педагогического процесса [47].

На сегодняшний день существует достаточное разнообразие направлений, форм, методов психолого-педагогической работы с гиперактивными детьми с ЗПР. Среди методов коррекции гиперактивности детей с ЗПР в дошкольной образовательной организации можно выделить методы арт-терапии.

В России применение арт-терапии в специальном образовании рассматривается в работах Е. А. Медведевой, И. Ю. Левченко, Л. Н. Комиссаровой, Т. А. Добровольской [2], Е. И. Бурно, А. И. Копытина [33] и других. Авторы рассматривают арт-терапию как совокупность методик, построенных на применении разных видов искусства и позволяющих путем стимулирования художественно-творческих проявлений осуществлять психокоррекцию.

Термин «арт-терапия» ввел в употребление в 1938 г. Андриан Хилл. Понятие «арт-терапия» возникло в контексте идей З. Фрейда и К. Юнга и рассматривалось в психотерапевтической практике как один из методов терапевтического воздействия, который посредством художественного (изобразительного) творчества помогал психически больным выразить в картинках свои скрытые психотравмирующие переживания и тем самым освободиться от них. В дальнейшем это понятие приобрело более

широкую концептуальную базу, включая гармонические модели развития личности [39].

Само слово арт-терапия состоит из двух: арт – искусство и терапия – лечение [15].

Основная цель арт-терапии – гармонизация внутреннего состояния человека, т.е. восстановление его способности находить оптимальное, способствующее продолжению жизни состояние равновесия [31].

Приоритетными задачами арт-терапии являются задачи развития, воспитания и социализации.

Основная техника арт-терапевтического воздействия – это техника активного воображения, открывающая человеку неограниченные возможности для самовыражения и самореализации в продуктах творчества при активном познании своего «Я». Карл Юнг использовал термин «активное воображение» для обозначения такого творческого процесса, в ходе которого человек наблюдает за развитием своей фантазии, не пытаясь сознательно воздействовать на нее. Вызывая определенные образы с помощью активного воображения, закрепляя их в символической форме, человек имеет возможность успешно продвигаться в решении своих проблем [33].

Арт-терапия включает множество видов, основными из которых являются [2]:

- изотерапия – работа с рисунком и цветом;
- игровая терапия – основана на использовании ролевой игры;
- музыкотерапия – воздействие через восприятие музыки;
- кинезитерапия – лечебное воздействие движениями;
- сказкотерапия – воздействие посредством сказки, притчи, легенды;
- имаготерапия – воздействие через образ, театрализацию;
- воспитание природой – ландшафтная терапия, ипотерапия;
- фототерапия – использование фотоматериалов и слайдов.

В зависимости от эмоционального состояния готовности к взаимодействию, в дошкольном возрасте могут применяться как

отдельно взятые приемы, так и все перечисленные приемы в целом.

По мнению М. Клейн, Ю. С. Шевченко, А. И. Копытина [33], М. В. Киселевой [31], Л. Д. Лебедевой [39] каждый из видов арт-терапии дает реальную возможность для гармонизации психодинамических процессов детского возраста, но наиболее эффективные виды это:

1. Изотерапия – терапия изобразительным творчеством (рисование, лепка, аппликация и другое) используется в настоящее время для психологической коррекции детей с невротическими, психосоматическими нарушениями, детей с трудностями в обучении и социальной адаптации, при внутрисемейных конфликтах.

Эффективность использования изотерапии в коррекции и лечении гиперактивности подтверждается широким спектром работ А. И. Захарова [18], Р. Б. Хайкина, М. Е. Бурно, А. И. Копытина [32] и др.

Рисование развивает чувственно-двигательную координацию, так как требует согласованного участия многих психических функций. По мнению специалистов, рисование участвует в согласовании межполушарных взаимоотношений, поскольку в процессе рисования активизируется конкретно-образное мышление, связанное, в основном, с работой правого полушария, и абстрактно-логическое, за которое ответственно левое полушарие. Будучи напрямую сопряжено с важнейшими функциями (зрение, двигательная координация, речь, мышление), рисование не просто способствует развитию каждой из этих функций, но и связывает их между собой [31].

2. Игровая терапия по определению М. И. Чистяковой [75] – это метод психотерапевтического воздействия на детей с использованием игры.

Игровая терапия используется в работе с детьми, чтобы помочь им понять и преодолеть проблемы в поведении, агрессивности, трудностях в обучении, социального инфантилизма, которые часто возникают из-за импульсивности, сложности самообладания.

Современная наука рассматривает игротерапию как одно из наиболее эффективных средств коррекции. Психолого-педагогическая

обусловленность этого выбора определяется исследованиями Л. С. Выготского [16], Д. Б. Эльконина [78], А. С. Спиваковской, которые подчеркивают, что при планировании коррекционных мер приоритетное внимание должно уделяться ведущей в детском возрасте деятельности – игре.

Цель использования игровой терапии – не менять и не переделывать ребенка, не учить его каким-то специальным поведенческим навыкам, а дать возможность «прожить» в игре волнующие его ситуации при полном внимании и сопереживании взрослого.

3. Музыкалотерапия – это вид арт-терапии, где музыка используется в лечебных или коррекционных целях.

Во многих исследованиях по музыкалотерапии (С. С. Корсаков [36], Л. С. Брусиловский [8], В. И. Петрушин [52]) в качестве проявлений лечебного и коррекционного воздействия выделяются следующие: регулирование физиологических функций организма, психовегетативных процессов; регуляция психоэмоционального состояния; повышение социальной активности; коррекция коммуникативной функции, облегчение усвоения новых положительных установок и форм поведения; активизация творческих проявлений.

Музыкалотерапия может быть представлена в трех видах: активной, рецептивной, интегративной.

Активная музыкалотерапия предполагает активное включение ребенка в процесс посредством пения (вокалотерапия), движения (кинезитерапия) и игре на музыкальных инструментах (инструментальной музыкалотерапия) [6].

Рецептивная (пассивная) музыкалотерапия характеризуется тем, что ребенок в музыкалотерапевтическом сеансе участвует относительно активно в непосредственном действии. Музыкальное воздействие осуществляется в процессе прослушивания музыки. По мнению В. А. Петрушина [52] наибольший эффект вызывают классические музыкальные произведения.

Для активизации зрительных образов можно использовать различную медитативную музыку, передающую картины природы в аудиозаписи.

Интегративная музыкотерапия (ИМТ) сочетает в своей методологии подходы рецептивной и активной музыкотерапии.

Коррекция психоэмоциональных нарушений осуществляется при ИТМ на основе синтеза музыкального и зрительного восприятия: это музыкацветотерапия (восприятие музыки в сочетании с цветом) и музыкаизотерапия (восприятие произведений изобразительного искусства, картин природы на фоне музыки; изображение, передача музыки в рисунке).

4. Кинезитерапия основана на связи музыки и движения и включает в себя: танцетерапию, теорию телесной терапии, коррекционную ритмику, психогимнастику. Впервые термин «кинезитерапия» использовали болгарские ученые Л. Бонев, А. Слынчев [6].

В основе применения танцетерапии лежит снятие через танец мышечного напряжения, появившегося в результате стресса.

Танцетерапия может быть представлена в трех видах: теория телесной терапии, коррекционная ритмика, психогимнастика.

Теории телесной терапии В. Райха и А. Лоуэна [42]. Суть этой теории заключается в том, что осознание возможностей своего тела в выполнении тех или иных поз, движений, жестов означает вместе с тем и осознание своих чувств.

Коррекционная ритмика, в основе которой лежит синтез музыкально-ритмо-двигательного воздействия. Наука и практика (Г. А. Волкова, Г. Р. Шашкина, Е. З. Яхнина, Е. А. Медведева, М. Л. Афанасьева и др.) показывают, что занятия ритмикой дают положительную динамику в развитии психоэмоциональной, психомоторной сферы дошкольников с разными проблемами [33].

Психогимнастика включает в себя комплекс упражнений, игр, этюдов, целью которых является сохранение психического здоровья ребенка с ЗПР или коррекция психоэмоциональных и моторных

нарушений у детей. На занятиях дети обучаются элементам техники выражения эмоций с помощью выразительных движений, тела, навыкам релаксации [75].

5. Сказкотерапия – метод, использующий сказочную форму для интеграции личности, развития творческих способностей, расширения сознания, совершенствования взаимодействия с окружающим миром.

К сказкам обращались в своем творчестве известные зарубежные и отечественные психологи: Э. Фромм, Э. Берн, Э. Гарднер, А. Менегетти, М. Осорина, Е. Лисина, Е. Петрова, Т. Д. Зинкевич-Евстигнеева [26].

Для прослушивания и обсуждения используются и народные, и литературные, и авторские сказки. По мнению Т. Д. Зинкевич-Евстигнеевой [26] различные варианты сказок могут подаваться в разной интерпретации: рассказывание с последующим рисованием сюжета, с его инсценированием с помощью кукольного персонажа. Можно использовать прием самостоятельного придумывания сказок на свободную тему или на заданную, например, сочинение автобиографических сказок.

Основной принцип арт-терапии – одобрение творческой деятельности ребенка и взрослого. Именно безоценочное отношение, безусловное принятие создают атмосферу доверия и понимания, необходимую для успешного проведения арт-терапии. Главное отличие занятий по арт-терапии от занятий рисованием, музыкой – это то, что арт-терапия не учит, как правильно рисовать, играть на музыкальных инструментах. Терапия искусством создает пространство для самовыражения, для раскрытия творческого потенциала, для развития познавательной активности, для самопознания [15].

По мнению М. В. Киселевой [31] арт-терапия имеет три формы – пассивную, активную и смешанную.

Пассивная форма – используются художественные произведения, созданные другими людьми: рассматривает картины, читает книги, прослушивает музыкальные произведения.

Активная форма – человек сам создает продукты творчества: рисунки, скульптуры, истории, музыкальные композиции, спонтанные танцы.

Смешанная форма – используются имеющиеся произведения искусства (музыкальные произведения, картины, сказки и т.п.) для создания своих продуктов творчества.

В основе арт-терапии лежит творческая деятельность, неограниченные возможности ребенка для самореализации и самовыражения, что помогает ему адаптироваться в реальной жизни. Ребенок может самостоятельно выбрать как вид деятельности, так и материал (краски, клей, пластилин, глину и т.д.); это является необходимой тренировкой для гиперактивных детей с ЗПР, которым зачастую трудно научиться делать выбор, принимать решение. Через рисунок, игру, сказку арт-терапия дает выход социально неприемлемым негативным эмоциям и чувствам, поскольку ребенок может снять напряжение в процессе работы. Для гиперактивного ребенка с ЗПР, привыкшего к порицаниям и низкому уровню академической успешности, творческая деятельность может стать одним из способов раскрытия его сильных сторон, видов деятельности, в которых он может реализовать свой потенциал, что в конечном итоге способствует повышению его самооценки и статуса в группе. Активная творческая деятельность способствует снижению мышечного и эмоционального напряжения.

Занятия по арт-терапии по форме организации могут быть: индивидуальными и групповыми.

При организации индивидуальных занятий у педагога есть возможность увидеть и проработать конкретные нарушения у конкретного ребенка, построить индивидуальный маршрут его коррекционной работы.

При групповой форме арт-терапии при наличии у гиперактивных детей с ЗПР от педагога требуется реализация большего структурирования их деятельности, при этом важно не утратить контакт с каждым из детей,

не подавить творческого начала, создать в группе безопасную психологическую атмосферу [33].

Таким образом, арт-терапия – один из эффективных подходов к осуществлению психологической помощи гиперактивным детям с ЗПР, поскольку она повышает адаптационные способности ребенка к повседневной жизни в образовательном пространстве, снижает утомление, ликвидирует негативные эмоциональные состояния и их проявления, связанные с обучением, опирается на здоровый потенциал личности, внутренние механизмы саморегуляции, развивает чувство внутреннего самоконтроля, помогает выстраивать отношения с ребенком на основе любви и привязанности.

Вывод по 1 главе

Анализ общей психолого-педагогической и специальной литературы по проблеме гиперактивности детей старшего дошкольного возраста с ЗПР позволяет сделать выводы:

1. Что большинство исследователей, говоря о гиперактивных детях имеют в виду детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности. СДВГ выступает как нарушение психического развития в результате действия комплекса биологических и социальных факторов и проявляется в повышении двигательной активности, при снижении внимания, не способности к саморегуляции поведения и деятельности. Среди причин возникновения СДВГ доминирующими выступают три группы факторов в развитии синдрома:

- генетические факторы;
- повреждение центральной нервной системы во время беременности и родов;
- негативное действие внутрисемейных факторов (воспитания).

Анализ особенностей развития и проявлений гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста показал, что первый пик проявления признаков приходится на старший дошкольный возраст. Особенности

детей с гиперактивностью можно сгруппировать в три основных блока, характеризующиеся:

- двигательной активностью,
- импульсивностью (отсутствием усидчивости и сдержанности),
- дефицитом активного внимания.

2. Задержка психического развития – психолого-педагогическое определение для наиболее распространенного среди всех встречающихся у детей отклонений в психофизическом развитии. Данные дети имеют стойкие трудности в обучении, у них запаздывает развитие речи, моторики, не развита эмоционально-волевая сфера, отмечается частая смена настроения, повышенная отвлекаемость, слабая учебная мотивация, преобладание игровой деятельности, пониженная работоспособность, быстрая утомляемость, нарушение социального поведения. Эти дети не имеют нарушений анализаторных систем; уровень их развития соответствует более младшему возрасту.

3. Методы арт-терапии являются способом постижения своих возможностей и окружающей действительности, способом моделирования взаимоотношений с взрослыми и сверстниками, выражения различных эмоций, формирования усидчивости и внимания, направленности в действиях.

4. Использование арт-терапевтических методов в коррекции гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с ЗПР нормализует их эмоциональное состояние, развивает коммуникативные навыки и волевые качества, что существенно повышает социальную адаптацию, пространственно-двигательную координацию, формирует сдержанность и усидчивость, что существенно облегчает интеграцию детей с гиперактивностью и ЗПР в общество.

ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КОРРЕКЦИИ ПРОЯВЛЕНИЙ ГИПЕРАКТИВНОСТИ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ПОСРЕДСТВОМ АРТ-ТЕРАПИИ

2.1 Организация и база исследования проявлений гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития

Для дальнейшего структурированного и комплексного подбора арт-терапевтических методов в коррекции проявлений гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с ЗПР было проведено диагностическое обследование детей.

Экспериментальная работа проводилась на базе МБДОУ «Детский сад №153 г. Челябинска». Для эксперимента было отобрано 6 детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития, проявляющих в своем поведении признаки гиперактивности.

Исследование проводилось в три этапа:

1. Констатирующий. На данном этапе был выявлен первоначальный уровень и особенности проявления гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с ЗПР (таблица 1).

Таблица 1 – Диагностический инструментарий экспериментального исследования

№ п/п	Направление диагностики	Методика, автор
1	2	3
1	Двигательная активность	Наблюдение за ребенком (таблица с анализом диагностических критериев по классификации DSM-V).
2	Двигательная активность	Анкета для родителей (И. П. Брызгунов, Е. В. Касатикова)
3	Двигательная активность	Анкета для педагогов (И. П. Брызгунов, Е. В. Касатикова)
4	Внимание	Методика «Домик» (Н. И. Гуткина)
5	Самоконтроль и произвольность	Тест самоконтроля и произвольности (А. Л. Сиротюк)
6	Координация движений	Проба на реципрокную координацию (А. Р. Лурия)

2. Формирующий. На этом этапе осуществлялась разработка и реализация программы, направленная на коррекцию гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с ЗПР посредством арт-терапии.

3. Контрольный. На этом этапе оценивалась эффективность (количественные / качественные изменения) программы коррекции гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с ЗПР посредством арт-терапии.

В практической работе специалисты чаще встречаются с детской гиперактивностью и нарушениями внимания, обусловленными СДВГ. Однако, помимо СДВГ, эти нарушения могут служить внешними признаками ряда других состояний. В связи с этим следует тщательно разграничивать СДВГ и круг состояний, сходных с ним по внешним проявлениям, но существенно отличающихся от СДВГ как по причинам, так и по методам коррекции. Чтобы установить, действительно ли мы имеем дело с гиперактивностью или это тревожный ребенок, или возможны другие причины нарушения поведения, необходимо применять четкую систему диагностики.

Алгоритм комплексной диагностики гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с ЗПР:

1. Наблюдение за ребенком (приложение 1).

Главным инструментом, который использует педагог, является метод наблюдения (систематического, фиксированного), результаты которого можно соотнести с диагностическими критериями DSM-V, разработанные Американской психиатрической ассоциацией [24]. Согласно этому руководству диагностика синдрома проводится по двум измерениям: нарушения внимания и гиперактивность / импульсивность.

Для постановки диагноза необходимо присутствие 6 из 9 критериев в каждом измерении. При наличии повышенной невнимательности (присутствия 6 и более признаков из I измерения) и при частичном соответствии критериям гиперактивности и импульсивности используется диагностическая формулировка «синдром дефицита внимания с

преобладанием нарушений внимания». При наличии повышенной реактивности и импульсивности (т.е. 6 и более признаков из II измерения) и при частичном соответствии критериям нарушений внимания используется диагностическая формулировка «синдром дефицита внимания с преобладанием гиперактивности и импульсивности». В случае полного соответствия клинической картины одновременно всем перечисленным в таблице критериям ставится диагноз «смешанная форма СДВГ».

При диагностике необходимо также обратить внимание на то, что симптомы расстройства должны:

- 1) появиться до 12 лет;
- 2) наблюдаться не менее 6 месяцев в двух и более сферах деятельности ребенка (дом, школа, контакты с друзьями или родственниками, другие виды деятельности);
- 3) симптомы не могут быть связаны исключительно с течением другого заболевания;
- 4) должны вызывать значительный психологический дискомфорт и дезадаптацию.

Наблюдение используется для того, чтобы проследить за поведением детей, их реакциями на то или иное воздействие; за тем, как они выполняют задания, как к ним относятся; насколько точно следуют инструкциям в играх. Оно выявляет очевидные признаки гиперактивного поведения в различных видах деятельности и взаимодействии дошкольников.

Наблюдение проводилось на улице (во время прогулок), в группе (во время игр и взаимодействия дошкольников), во время занятий и иной совместной деятельности педагога и воспитанников.

Для качественной и количественной характеристики расстройств, проводилось дополнительное анкетирование родителей и педагогов – «Анкета для родителей детей» (И. П. Брызгунов, Е. В. Касатикова) и «Анкета для педагогов» (И. П. Брызгунов, Е. В. Касатикова) [9]. Анкеты

позволяют не только зафиксировать те или иные симптомы, но и оценить степень их выраженности в баллах.

2. Анкета для родителей, разработанная И. П. Брызгуновым и Е. В. Касатиковой (приложение 2).

В анкету включены вопросы, направленные на выявление следующих параметров, выступающих внешними признаками гиперактивности вне детского сада: повышенная подвижность, неусидчивость, говорливость, отвлекаемость, невнимательность и отсутствие стремления к достижению цели в любой, даже очень привлекательной деятельности.

Анкеты обрабатывались следующим образом. Родители проставляют в анкете только «Да» (1 балл) или «Нет» (0 баллов).

Если общее число баллов 8 и более, ребенка необходимо показать специалисту.

3. Анкета для педагогов, разработанная И. П. Брызгуновым и Е. В. Касатиковой (приложение 3).

В анкетировании принял участие воспитатель группы, осуществляющий образовательно-воспитательную деятельность с детьми старшего дошкольного возраста с ЗПР, проявляющих в своем поведении признаки гиперактивности.

Анкеты обрабатывались следующим образом. Воспитатель проставляет в анкете соответствующие цифры:

0 – отсутствие признака,

1 – присутствует в незначительной степени,

2 – присутствует в умеренной степени,

3 – присутствует в выраженной степени.

Если результат 11 и более баллов для девочек и 15 и более для мальчиков, вам необходимо показать ребенка специалисту.

4. Методика «Домик» (Н. И. Гуткина) [22].

Данная методика (приложение 4) позволяет выявить особенности развития произвольного внимания.

Методика «Домик» представляет собой задание на срисовывание картинки, изображающей домик, отдельные детали которого составлены из прописных букв.

Обработка результатов производится путем подсчета баллов, начисляемых за ошибки. Безошибочное копирование оценивается в 0 баллов.

Ошибками считаются:

1. Отсутствие каких-либо деталей рисунка (4 балла).
2. Увеличение отдельных деталей рисунка более чем в 2 раза (3 балла).
3. Неправильно изображенный элемент рисунка (2 балла).
4. Неправильное расположение деталей в пространстве рисунка (1 балл).
5. Отклонение прямых линий более чем на 30 градусов от заданного направления (1 балл).
6. Разрывы между линиями в тех местах, где они должны быть соединены (1 балл за каждый разрыв).
7. Залезание линий одна на другую (1 балл за каждое залезание).

При анализе рисунка так же надо обращать внимание на характер линий, которые могут говорить как о развитии мелкой моторики, так и о личностных особенностях ребенка. Хорошее выполнение рисунка оценивается как «0» баллов. Таким образом, чем хуже выполнено задание, тем выше полученная испытуемым суммарная оценка. Но при интерпретации результатов эксперимента необходимо учитывать возраст испытуемого. Так, дети 5 лет почти не получают оценку «0» из-за недостаточной зрелости мозговых структур, отвечающих за сенсомоторную координацию.

5. Тест самоконтроля и произвольности (А. Л. Сиротюк) [64].

Тест самоконтроля и произвольности (приложение 5) предназначен для определения наличия умений оценивать и контролировать себя старшими дошкольниками.

Ребенку предлагается рассмотреть по очереди четыре картинки и описать изображенные на них ситуации, предлагая свои варианты решения проблем.

Для удобства фиксации результатов ответов, были введены обозначения:

1 – ребенок не умеет оценивать и контролировать себя, все происходящее приписывает окружающим (соответствует низкому уровню проявления);

2 – ребенок умеет оценивать и контролировать себя, причину происходящего видит в самом герое и способы выхода из ситуации (соответствует среднему уровню проявления, зачастую обусловлен возрастными особенностями развития ребенка);

3 – ребенок умеет видеть причины неудач и в герое, и в объекте, что свидетельствует о хорошей способности к разностороннему анализу ситуации (соответствует высокому уровню проявления).

Если ребенок объясняет, что причины неудачи в скамейке, качелях, горке, краске, то есть неудачи не зависят от персонажей, то он еще не умеет оценивать себя и контролировать свои действия. Если ребенок видит причину неудач в самом герое и предлагает потренироваться, подрасти, позвать на помощь, значит, у него развиты навыки самоконтроля и самооценки.

Если ребенок видит причины неудач и в герое, и в объекте, то это может говорить о хорошей способности к разностороннему анализу ситуации.

6. Проба на реципрокную координацию (А. Р. Лурия) [17].

Данная проба (приложение 6) позволяет выяснить уровни развития координации движений.

Ход выполнения: исследователь кладет на стол обе кисти, одна из которых сжата в кулак, а у другой распрямлены пальцы. Затем, не меняя местоположения рук на столе, обследователь одновременно одну кисть разжимает, а другую сжимает в кулак. После нескольких показов

предлагается ребенку выполнять такие же движения вместе. С 5 лет после нескольких сопряженных движений ребенок может выполнять пробу на реципрокную координацию самостоятельно.

Критерии балловых оценок:

0 баллов – плавные двуручные движения.

0,5 баллов – замедленное вхождение в задание, или неполное сжимание и распрямление ладони, или замедленное, напряженное, но координированное выполнение (один из симптомов).

1 балл – несколько указанных выше симптомов одновременно.

1,5 балл – отставание одной руки или поочередное выполнение с коррекцией после указания на ошибку.

2 балла – отставание одной руки или поочередное выполнение с неполной коррекцией после указания на ошибку.

3 балла – невозможность выполнения данной пробы, симметричное выполнение (уподобление).

2.2 Анализ результатов исследования проявлений гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития

Дети с СДВГ – это категория детей, имеющих большое количество разнообразных проявлений, таких как гипервозбудимость, двигательная расторможенность, моторная неловкость, дефицит внимания, рассеянность, повышенная утомляемость, инфантилизм, импульсивность.

Результаты наблюдения за детьми с использованием таблицы анализа диагностических критериев по классификации DSM-V на констатирующем этапе представлены в приложение 7.

Наглядно полученные данные представлены на рисунке 1.

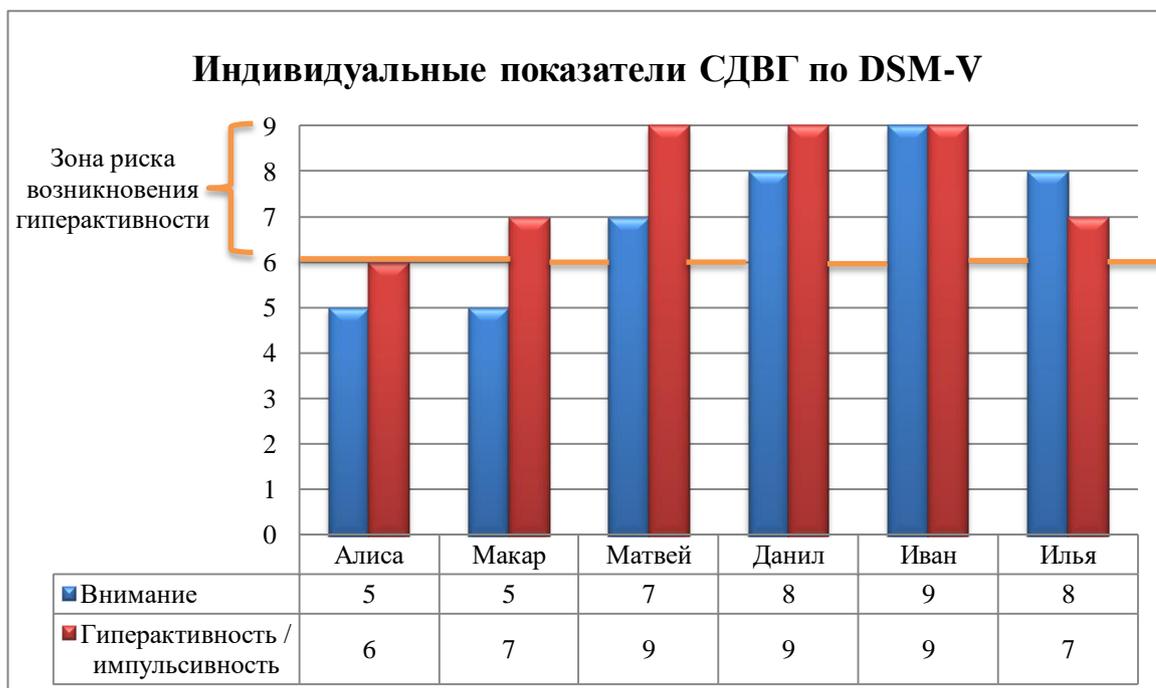


Рисунок 1 — Индивидуальные показатели СДВГ по DSM-V детей старшего дошкольного возраста с ЗПР, проявляющие в своем поведении признаки гиперактивности на констатирующем этапе

Из полученных данных видно, что все дети суетливы, болтливы, импульсивны, невнимательны. На практике это выражается в том, что дети не могут тихо, спокойно играть или заниматься чем-либо на досуге, часто начинают отвечать, не подумав и даже не дослушав вопрос, в разговоре перебивают собеседника, не могут до конца закончить поставленную задачу, им трудно поддерживать внимание при выполнении заданий или во время игр.

Наиболее ярко выражены показатели СДВГ у четверых детей (Матвей, Данил, Иван, Илья). У данных детей движения часто беспорядочны, неуклюжи, они не могут сосредотачиваться на чем-нибудь дольше 5-7 минут. Все из перечисленных детей, кроме Ильи, не способны усидеть на одном месте, всегда находятся в движении, причем двигаются нецеленаправленно, иногда бегают вместе с другими детьми, что сопровождается громкими криками и беспричинным смехом. Иван во время режимных моментов проявляет признаки беспокойства – стучит по столу пальцами, часто теряет личные вещи.

Алиса и Макар в меру подвижные, но усидчивые, движения неуверенные, но спокойные, можно привлечь к деятельности, но удерживать внимание сложно более чем на 8-10 минут, не отвлекаются на посторонние стимулы, педагога слышат, выполняют инструкцию. Большую часть времени активны, играют с детьми. Алиса любит обниматься, танцевать.

Таким образом, по результатам наблюдения за детьми с использованием таблицы анализа диагностических критериев по классификации DSM-V выявлены следующие результаты: у Матвея, Данилы, Ивана и Ильи – смешанная форма СДВГ, у Алисы и Макара – СДВГ с преобладанием гиперактивности и импульсивности.

Результаты анкетирования родителей (И. П. Брызгунов и Е. В. Касатикова) представлены в приложении 8.

В анкетировании приняли участие родители детей старшего дошкольного возраста с ЗПР, проявляющих в своем поведении признаки гиперактивности.

Наглядно полученные данные представлены на рисунке 2.

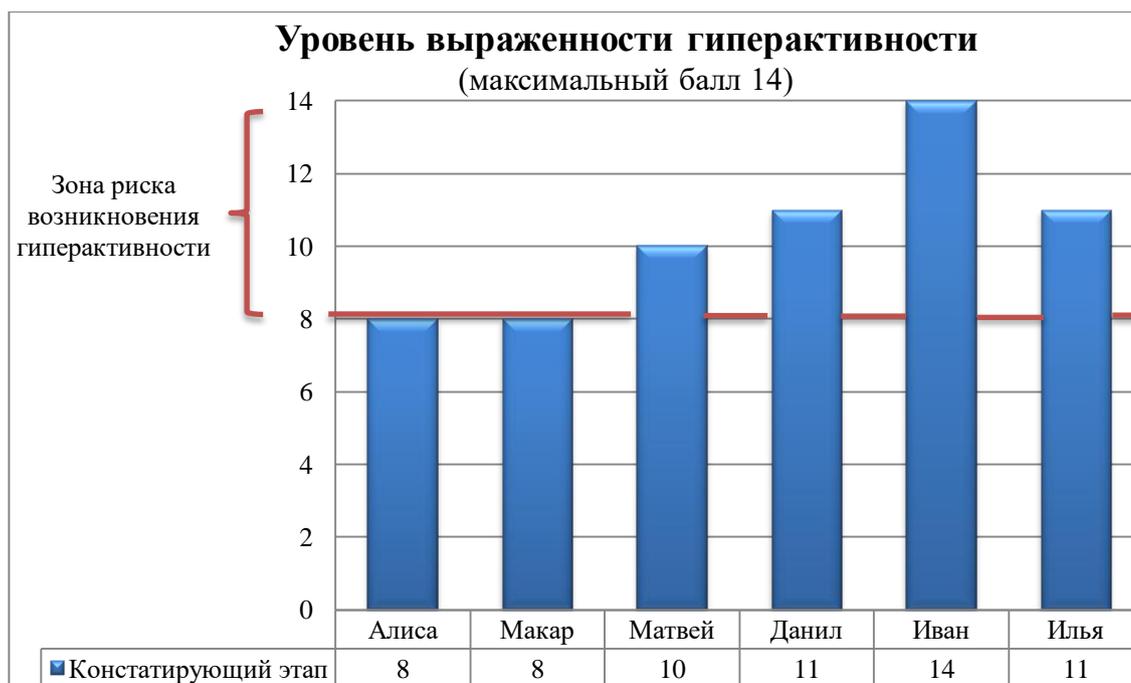


Рисунок 2 – Уровень выраженности гиперактивности детей старшего дошкольного возраста с ЗПР, проявляющие в своем поведении признаки гиперактивности по результатам анкетирования родителей на констатирующем этапе (в баллах)

Все дети беспокойны во время игры, болтливы, в разговоре часто перебивают, легко отвлекаются на посторонние стимулы, с трудом ожидают очереди для вступления в игру, отвечают на вопросы, не подумав и раньше, чем вопрос закончен, часто переключаются с одного незаконченного дела на другое.

Четверо детей (Матвей, Данил, Иван, Илья) находятся в постоянном движении, чтобы они не делали, с трудом удерживают внимание при выполнении заданий или в игровых ситуациях. Иван с трудом исполняет инструкции других, игнорирует физическую опасность и возможные последствия, часто теряет предметы и вещи, необходимые для работы в группе.

Таким образом, из полученных данных видно, что все родители детей, принимавших участие в исследовании, считают поведение своего ребенка гиперактивным, что требует обязательной коррекционной работы.

Результаты анкетирования педагогов (И. П. Брызгунов и Е. В. Касатикова) представлены в приложение 9.

Наглядно полученные данные представлены на рисунке 3.

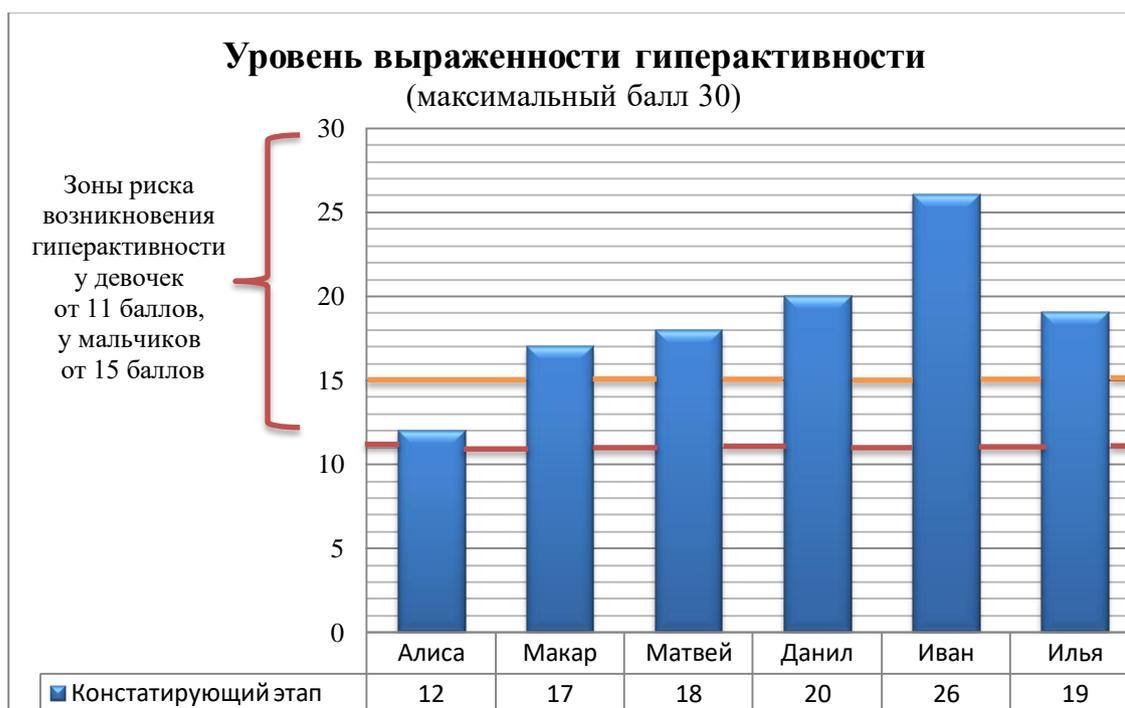


Рисунок 3 – Уровень выраженности гиперактивности детей старшего дошкольного возраста с ЗПР, проявляющие в своем поведении признаки гиперактивности по результатам анкетирования педагогов на констатирующем этапе (в баллах)

Все дети невнимательны, болтливы, импульсивны, задевают других детей, легко отвлекаются, удерживают внимание на короткий период времени. Всем детям необходимо повышенное внимание педагога. Четверо детей (Матвей, Данил, Иван, Илья) находятся в постоянном движении, чтобы они не делали. Макар, Данил, Иван, Илья – плаксивы.

Таким образом, из полученных данных видно, что признаки гиперактивности наблюдаются у всех детей, что требует обязательной коррекционной работы.

Результаты анализа данных по методике «Домик» (Н. И. Гуткина) представлены в приложении 10.

При выполнении методики «Домик» все дети допустили ошибки. У всех детей отсутствуют детали рисунка, в основном – штриховка, забор, мелкие детали рисунка (дым, труба, ступеньки, окошки). Встречается увеличение деталей рисунка. У всех, кроме Алисы, неправильно скопировано левая и правая части заборчика. Очень мелкие рисунки и неправильное положение на листе показали Иван и Илья. Матвей и Илья изобразили то, чего не было на образце (солнце, бассейн, дверь).

При выполнении задания все дети рисовали правой рукой. Во время рисования постоянно отвлекались, задавали вопросы, линии проводили медленно, не плавно. При выполнении работы часто смотрели на образец, но после окончания свои рисунки (приложение 11) не сверяли с образцом. Движения у всех детей были скованными, напряженными и неточными.

Наглядно полученные данные представлены на рисунке 4.

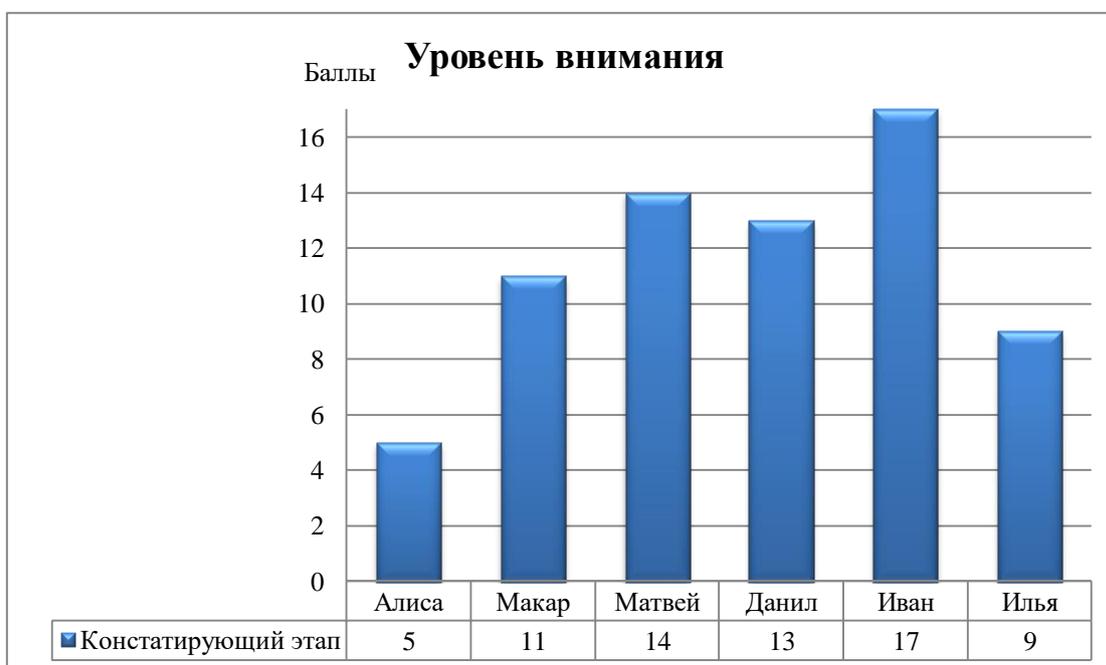


Рисунок 4 – Уровень внимания детей старшего дошкольного возраста с ЗПР, проявляющие в своем поведении признаки гиперактивности по результатам методики «Домик» (Н. И. Гуткина) на констатирующем этапе (в баллах)

Таким образом, согласно полученным данным, можно отметить, что у всех детей уровень внимания низкий, есть трудности в умении ориентироваться в своей работе на образец, в умении точно скопировать его, все дети невнимательно слушают и неточно воспринимают или не удерживают устную инструкцию, что требует обязательной коррекционной работы.

Результаты анализа данных теста самоконтроля и произвольности (А. Л. Сиротюк) представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Уровень самоконтроля и произвольности детей старшего дошкольного возраста с ЗПР, проявляющие в своем поведении признаки гиперактивности по результатам теста самоконтроля и произвольности (А.Л. Сиротюк) на констатирующем этапе

№ п/п	Обучающиеся	Картинки для описания ситуации				Итог	Уровень
		№1	№2	№3	№4		
1	Алиса	3	2	2	3	2,5	Средний
2	Макар	2	3	2	2	2,25	Средний
3	Матей	2	1	1	1	1,25	Низкий
4	Данил	2	1	2	2	1,75	Низкий
5	Иван	2	2	1	2	1,75	Низкий
6	Илья	2	2	3	2	2,25	Средний

Наглядно полученные данные представлены на рисунке 6.

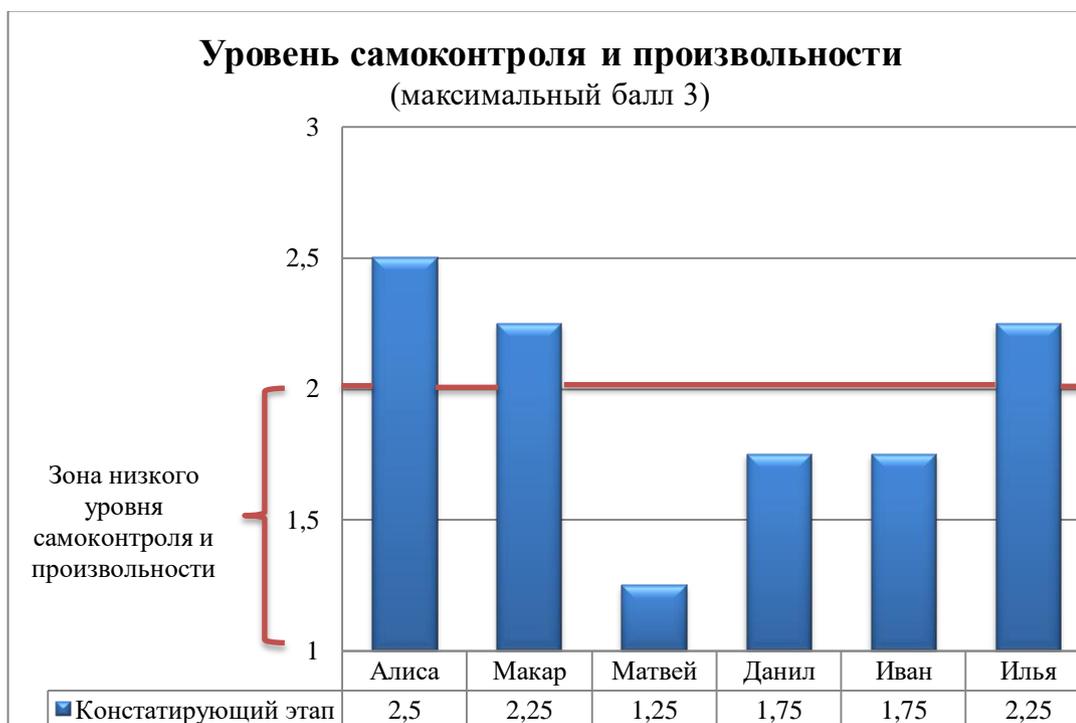


Рисунок 6 – Уровень самоконтроля и произвольности детей старшего дошкольного возраста с ЗПР, проявляющие в своем поведении признаки гиперактивности по результатам теста самоконтроля и произвольности (А. Л. Сиротюк) на констатирующем этапе (в баллах)

Качественный анализ теста представлен в приложении 12.

Таким образом, согласно полученным данным можно отметить, что 3 ребенка (Матвей, Данил, Иван) показали низкий уровень сформированности навыков самоконтроля и произвольности. Дети анализировали ситуацию однобоко, не пытались найти другие варианты причин или решения неудач героев. В качестве причин чаще отмечали неодушевленные предметы или факторы, не зависящие от персонажей, в большей части картинок не нашли проблемы, и, следовательно, не указали решения. Остальные испытуемые (Алиса, Макар, Илья) продемонстрировали средний уровень, что говорит о том, что навыки самоконтроля и произвольности сформированы достаточно.

Результаты анализа данных пробы на реципрокную координацию (А. Р. Лурия) представлены в приложении 13.

Наглядно полученные данные представлены на рисунке 7.

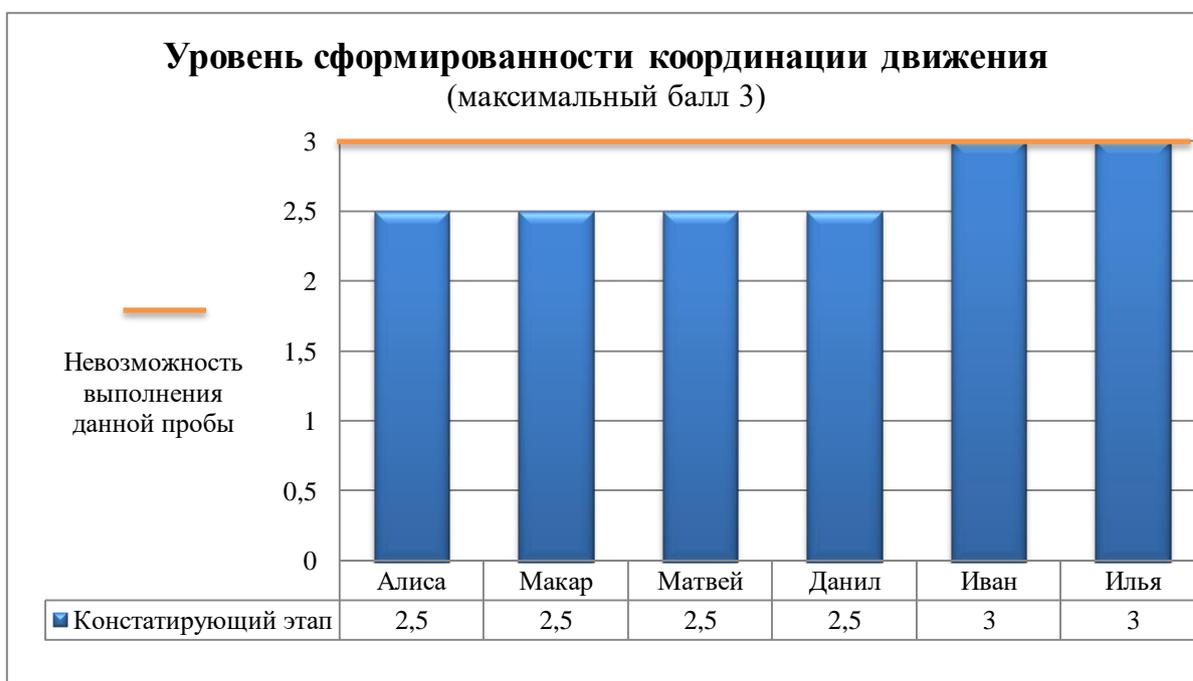


Рисунок 7 – Уровень сформированности координации движения детей старшего дошкольного возраста с ЗПР, проявляющие в своем поведении признаки гиперактивности по результатам пробы на реципрокную координацию (А. Р. Лурия) на констатирующем этапе (в баллах)

Согласно результатам проведения пробы на реципрокную координацию, мы можем отметить, что все испытуемые имеют низкий уровень сформированности умения изменять одновременно положение кистей рук. В частности все дети показали при выполнении замедленное вхождение в задание, у пятерых детей (Макар, Данил, Иван, Матвей, Илья) неполное сжимание и распрямление ладони. У четверых детей (Алиса, Макар, Матвей, Данил) при воспроизведении задания движения были замедленными, напряженными, сопровождались отставанием одной руки, тогда как еще у двоих детей (Иван, Илья) наблюдалось поочередное выполнение с неполной коррекцией после указания на ошибку.

Анализ результатов комплексной диагностики на констатирующем этапе представлены в таблице 3.

Таблица 3 – Анализ результатов комплексной диагностики на констатирующем этапе

№ п/п	Имя ребенка	Двигательная активность	Внимание	Самоконтроль и произвольность	Координация движений
1	Алиса	СДВГ с преобладанием гиперактивности и импульсивности	Низкий уровень	Средний уровень	Низкий уровень
2	Макар	СДВГ с преобладанием гиперактивности и импульсивности	Низкий уровень	Средний уровень	Низкий уровень
3	Матвей	Смешанная форма СДВГ	Низкий уровень	Низкий уровень	Низкий уровень
4	Данил	Смешанная форма СДВГ	Низкий уровень	Низкий уровень	Низкий уровень
5	Иван	Смешанная форма СДВГ	Низкий уровень	Низкий уровень	Низкий уровень
6	Илья	Смешанная форма СДВГ	Низкий уровень	Средний уровень	Низкий уровень

Таким образом, общий анализ результатов исследования на констатирующем этапе можно сделать вывод, что у всех детей, которые были выбраны в качестве экспериментальной группы, подтверждается гиперактивность большим количеством методик СДВГ. Признаки у всех детей разные, необходима коррекционная работа.

2.3. Программа коррекция проявлений гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития посредством арт-терапии

На сегодняшний день самым распространенным психоневрологическим расстройством у детей и одной из самых актуальных проблем является синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ). По разным данным частота встречаемости этого нарушения колеблется от 4-5 % до 10-18 % среди детей дошкольного возраста.

Важность данной проблемы связана не только с распространенностью этого состояния и с нарастанием сложностей у большинства таких детей с возрастом, но и с тем, что они составляют

наибольшую группу риска по всем социально значимым расстройствам поведения.

По мнению разных исследователей наиболее характерными проблемами при СДВГ детей являются:

1) гиперактивность – неуместная повышенная (избыточная) двигательная активность;

2) импульсивность в поведении и интеллектуальной деятельности, повышенная возбудимость, что приводит к проблемам во взаимоотношениях с окружающими, нарушениям поведения и трудностям обучения, слабой успеваемости в школе, что в свою очередь занижает самооценку ребенка;

3) дефицит внимания (дефекты концентрации внимания, его разбросанность или рассеянность).

Коррекция СДВГ довольно сложна и включает медицинские, психологические, психофизиологические, педагогические и воспитательные подходы. Причем, учитывая глубокие физиологические механизмы этого расстройства, обычно требуется длительная индивидуальная коррекция. Подгрупповые занятия с такими детьми считаются целесообразными только после предварительной индивидуальной работы. Но в условиях современного образования мало кто из детей успевает получить квалифицированную индивидуальную помощь. В связи с этим, разработка эффективных подходов и приемов для коррекции расстройств у детей с СДВГ в условиях подгрупповой работы имеет огромную значимость.

Ранее рассмотренные в контексте настоящего исследования этиология, причины и проявления синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с ЗПР позволили разработать и теоретически обосновать программу коррекции проявлений гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития посредством арт-терапии.

Настоящая программа составлена в соответствии с учетом специфики дошкольного учреждения МБДОУ «Детский сад №153 г. Челябинска» и коррекционной работы, которая там проводится.

Целью данной программы является коррекция гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с ЗПР посредством арт-терапии, соответствующих их возрастным и личностным особенностям.

Программа предполагает реализацию следующих задач:

1. Обучающие задачи:

– обучение стратегиям саморегуляции и формирование навыков их использования;

– расширение знаний детей о собственных возможностях.

2. Воспитательные:

– отработка эффективных форм взаимодействия со сверстниками, родителями и педагогами;

– освоение норм социального поведения;

– формирование личностных качеств учащегося (позиция ученика, произвольность и т.д.).

3. Коррекционно-развивающие задачи:

– совершенствование свойств внимания;

– развитие навыков саморегуляции деятельности в игре и обучении.

4. Диагностические задачи:

– выявление особенностей познавательной и личностной сфер старших дошкольников.

Для решения поставленных задач были использованы разнообразные методы и формы реализации, дополняющие друг друга:

– арт-терапевтические техники,

– дыхательные упражнения,

– глазодвигательные упражнения,

– упражнения для языка и мышц челюсти,

– упражнения для развития реципрокной координации,

- упражнения для развития мелкой моторики рук, упражнения для релаксации и визуализации,
- функциональные упражнения,
- упражнения для развития коммуникативной и когнитивной сферы,
- упражнения с правилами.

Дыхательные упражнения улучшают ритмирование организма, развивают самоконтроль и произвольность.

Глазодвигательные упражнения позволяют расширить поле зрения, улучшить восприятие. Однонаправленные и разнонаправленные движения глаз развивают межполушарное взаимодействие и повышают энергетизацию организма. Известно, что разнонаправленные движения глаз активизируют процесс обучения.

Коррекционные движения тела и пальцев обеспечивают развитие межполушарного взаимодействия, снятие синкинезий и мышечных зажимов.

К упражнениям для развития произвольности относят движения, которые осуществляются по словесной команде и должны быть определенным образом осмыслены, «перекодированы» ребенком, на основании чего он дает команду произвести то или иное действие. Одним из условий развития произвольности является соблюдение детьми правил, ритуалов и временного регламента. Кроме того, поочередное приписывание каждому участнику группы роли лидера автоматически повышает степень его доминантности, а, следовательно, уровень его произвольной саморегуляции, программирования и контроля над собой и происходящим вокруг.

Коммуникативные упражнения делятся на три этапа:

1. Индивидуальные упражнения направлены на восстановление и дальнейшее углубление контакта с собственным телом, невербальное выражение состояний и отношений.

2. Парные упражнения способствуют расширению «открытости» по отношению к партнеру - способности чувствовать, понимать и принимать его.

3. Групповые упражнения через организацию совместной деятельности дают ребенку навыки взаимодействия в коллективе.

Релаксация проводится в конце – с целью интеграции приобретенного в ходе занятия опыта. Интеграция в теле (релаксация, самонаблюдение, воспоминание событий и ощущений) является частью единого процесса. За ней следуют интеграция в движении (невербальный компонент) и в обсуждении (вербальный компонент). Эти три составляющие создают необходимые условия для рефлексии ребенком ощущений и навыков, приобретенных в ходе занятия.

Программа рассчитана на специалистов (педагогов, педагогов-психологов, учителей-дефектологов, а также родителей), работающих с гиперактивными детьми с ЗПР.

Условия реализации программы: 1 занятие в неделю, цикл рассчитан на 6 месяцев (23 занятия). Каждое занятие имеет свою направленность и вместе с тем, в силу многостороннего воздействия арт-терапии, позволяет решать несколько задач одновременно.

Время проведения занятия: 35 минут в условиях ДОУ.

Участники программы: дети с ЗПР, проявляющие в своем поведении признаки гиперактивности 5-7 лет.

Оптимальное число участников группы: 6 человек.

Формы работы с детьми: подгрупповые.

Преобладающие виды детской деятельности:

- игровая,
- конструктивная,
- коммуникативная,
- познавательно-исследовательская,
- изобразительная,
- музыкальная,

– двигательная.

Эмоциональный фон общения с детьми во время занятий необходимо поддерживать ровным, позитивным. Инструкции должны быть донесены до детей четко (содержащие не больше 10-15 слов).

При разработке программы были учтены особенности гиперактивных детей с ЗПР, что выражается в дидактических принципах:

1. Принцип целенаправленности педагогического процесса – исходит из общих целей воспитания и развития личности ребенка, которые соотносятся с задачами и целями коррекционно-образовательной работы и направлены на создание необходимых условий для реализации арт-терапевтических занятий в соответствии с особенностями и спецификой развития детей.

2. Принцип личностно-деятельностного подхода в воспитании и обучении – направлен на развитие познавательных сил и творческого потенциала ребенка. Личность рассматривается как субъект деятельности, формируясь в деятельности, в общении с другими людьми, она определяет характер этой деятельности. В центре такого подхода находится сам воспитанник, методика его обучения преломляется через призму его личности.

3. Принцип психологической комфортности – предполагает создание условий, в которых дети чувствуют себя свободными от различных рамок, отсутствие стрессообразующих факторов, получение удовольствия от творческого процесса.

4. Принцип учета возрастных особенностей детей – учитывает три основных параметра психологического возраста: социальную ситуацию развития, ведущий вид деятельности, уровень сформированности психологических новообразований и их значение на данном этапе развития.

5. Принцип комплексного использования методов и приемов воспитательно-образовательной деятельности – предполагает системный подход в применении средств, методов, приемов творческого воздействия

на ребенка, учитывающих его индивидуально-психологические особенности, особенности нарушения в развитии, уровень материально-технического и учебно-методического обеспечения педагогического процесса, подготовленность педагога к его проведению.

6. Принцип творчества – предполагает максимальную ориентацию на творческое начало, приобретение детьми собственного опыта творческой деятельности.

7. Принцип единства психики и внешней деятельности (познания) – предполагает учет в деятельности каждого ребенка его внутреннее содержание, восприятие, представления, переживания, понимания, осознания соответствия с его индивидуальных свойств, его поведения, поступков, знаний, умений.

При разработке программы были использованы упражнения таких авторов как П. Альтхерр, Н. Ю. Борякова, И. П. Брызгунов, А. А. Воронова, Т. Д. Зинкевич-Евстигнеева, М. В. Киселева, А. И. Копытин, Л. Д. Лебедева, Л. Д. Мардер, Е. К. Лютова, Г. Б. Моница, Г. С. Остапенко, Л. В. Пасечник, А. Л. Сиротюк, М. И. Чистякова, Ю. С. Шевченко, Л. М. Шипицына.

Следует отметить, что коррекционная работа с применением арт-терапии опирается на принципы, сформулированные А. И. Копытиным:

1. Принцип использования разнообразных материалов. Предполагает использование разнообразных изобразительных материалов с целью самовыражения с их помощью.

2. Принцип создания условий. Работа с изобразительными материалами должна быть организована в определенных условиях (кабинет специалиста), помогающих создать у него ощущение безопасности и способствовать свободному самовыражению.

3. Принцип использования специфических приемов в арт-терапевтической работе. Арт-терапевтическая деятельность предполагает использование специалистом определенных приемов, помогающих

осознать отраженное в изобразительной продукции содержание внутреннего мира.

Структура коррекционно-развивающего занятия представлена в программе (отдельное приложение).

При реализации программы ожидаются следующие результаты:

- 1) снижение проявлений гиперактивности в поведении;
- 2) скоординированность двигательной активности;
- 3) формирование и развитие навыков саморегуляции;
- 4) формирование и развитие коммуникативных навыков;
- 5) коррекция невнимательности и отвлекаемости в рамках оценки двигательной активности;
- 6) снижение эмоционального напряжения, преобладание положительного эмоционального фона;
- 7) преодоление конкретных трудностей в обучении;
- 8) позитивная мотивация к познанию, общению, обучению.
- 9) повышение самооценки детей с гиперактивностью.
- 10) умение управлять собственным поведением, планировать свои действия;
- 11) владение навыками программирования и контроля, умение действовать по правилам.

Результативность проведенных занятий будет отслежена на контрольном этапе:

1. Наблюдение за ребенком (таблица с анализом диагностических критериев по классификации DSM-V).
2. Анкетирование родителей (И. П. Брызгунов, Е. В. Касатикова).
3. Анкетирование педагогов (И. П. Брызгунов, Е. В. Касатикова).
4. Психолого-педагогическая диагностика – методика «Домик» (Н. И. Гуткина), тест самоконтроля и произвольности (А. Л. Сиротюк), проба на реципрокную координацию (А. Р. Лурия).

Формы подведения итогов реализации программы:

- 1) выставка работ;

2) отчет педагогов, представление проекта педагогическому сообществу (внутри учреждения).

Тематическое планирование на период реализации программы представлены в программе (отдельное приложение).

Программа реализуется через специально созданные условия. Обеспечение образовательного процесса складывается из материально-технического, нормативно-правового и учебно-методического обеспечения.

Материально-техническое обеспечение. Реализация программы осуществляется в кабинете подгрупповых занятий.

Кабинет состоит из основных зон: зона художественного творчества и выставочная зона.

Изобразительная деятельность создает благоприятные условия для формирования социально активной, творческой личности, способной изменить мир к лучшему. А после выставления своих работ (рисунков, конструкций, лепок и др.) в художественно выставочной зоне у детей появляется стремление активного участия в творческом процессе и повышается самооценка.

Оборудование кабинета подгрупповых занятий:

- 1) рабочее место для специалиста;
- 2) столы и стулья для детей, отвечающие требованиям, предъявляемым к детскому оборудованию;
- 3) шкафы и стеллажи для хранения дидактических пособий и учебных материалов;
- 4) интерактивная доска, компьютер, колонки, фотоаппарат;

Арт-терапевтическая работа предполагает большой набор различных материалов:

- 1) краски, карандаши, восковые мелки, фломастеры;
- 2) для создания коллажей или объемных композиций используются журналы, газеты, обои, бумажные салфетки, цветная бумага, фольга, пленка, коробки от конфет, открытки, тесьма, веревочки, текстиль;

- 3) природные материалы — кора, листья и семена растений, цветы, перышки, ветки, мох, камешки;
- 4) бумага для рисования разных форматов и оттенков, картон;
- 5) кисти разных размеров, губки для закрашивания больших пространств, ножницы, нитки, клей ПВА, клеевой пистолет, скотч;
- 6) для лепки — глина, пластилин, дерево, специальное тесто;
- 7) кинетический песок, предметы различной тематики, разноцветные стеклянные и хрустальные шарики, монеты, пуговицы;
- 8) куклы, кукольные дома с набором мебели и наборами фигурок, тематические игровые наборы (доктор, парикмахер), мячи и т.д.

Нормативно-правовое и учебно-методическое обеспечения представлены в программе (отдельное приложение).

2.4 Оценка эффективности программы коррекция проявлений гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития посредством арт-терапии

После полной реализации содержания программы коррекции проявлений гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития посредством арт-терапии, на базе Муниципального бюджетного дошкольного образовательного учреждения «Детский сад № 153 г. Челябинска», была проведена диагностика детей для контрольного этапа эмпирического исследования, с помощью методик (таблица 1), используемых на констатирующем этапе:

Результаты наблюдения за детьми, с использованием таблицы анализа диагностических критериев по классификации DSM-V, на контрольном этапе представлены в приложение 14.

Наглядно полученные данные представлены на рисунке 7.

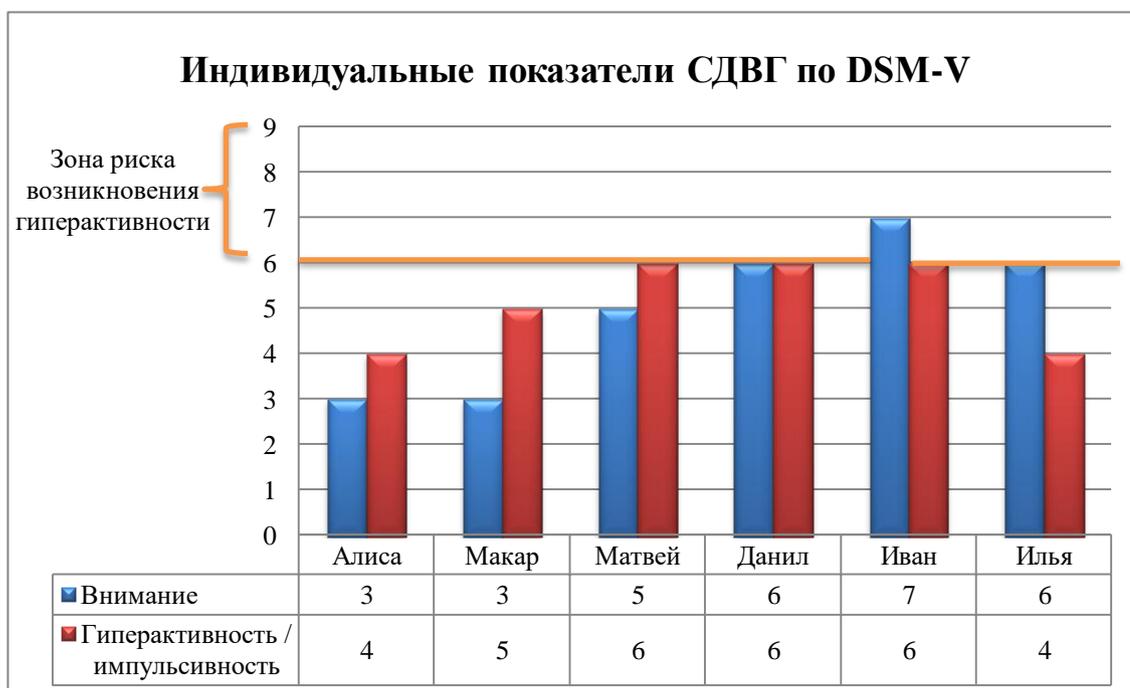


Рисунок 7 – Индивидуальные показатели СДВГ по DSM-V детей старшего дошкольного возраста с ЗПР, проявляющие в своем поведении признаки гиперактивности на контрольном этапе (в баллах)

Из полученных данных видно, что все дети также болтливы, часто начинают отвечать, не подумав и даже не дослушав вопроса, в разговоре часто перебивают, но этап организации стал проходить быстрее, дети стали более сдержаны, усидчивы, стали меньше крутиться, ерзать на месте, стали менее импульсивны, агрессивны. Движения у всех детей во время занятий и в режимных моментах стали более увереннее, наблюдается менее беспокойные движения в кистях и стопах. Дети большую часть времени также активны, но на занятиях их можно привлечь к деятельности, они стали меньше отвлекаться на посторонние стимулы.

Алиса и Макар стали чаще завершать до конца поставленную задачу, также Алиса стала спокойнее играть на досуге, стала более внимательна. Матвей, Данил, Иван и Илья стали чаще слушать и слышать педагога на занятиях. Иван и Илья стали менее суетливы.

По результатам наблюдения за детьми на контрольном этапе, с использованием таблицы анализа диагностических критериев по классификации DSM-V, выявлены следующие результаты: у Алисы и Макара СДВГ не выявлен, у Матвея – СДВГ с преобладанием

гиперактивности и импульсивности, у Ильи – СДВГ с преобладанием нарушений внимания, и только у Даниила и Ивана осталась смешанная форма СДВГ.

Анализ динамики индивидуальных показателей СДВГ по DSM-V детей старшего дошкольного возраста с ЗПР, проявляющих в своем поведении признаки гиперактивности на констатирующем и контрольном этапах, представлен на рисунке 8.

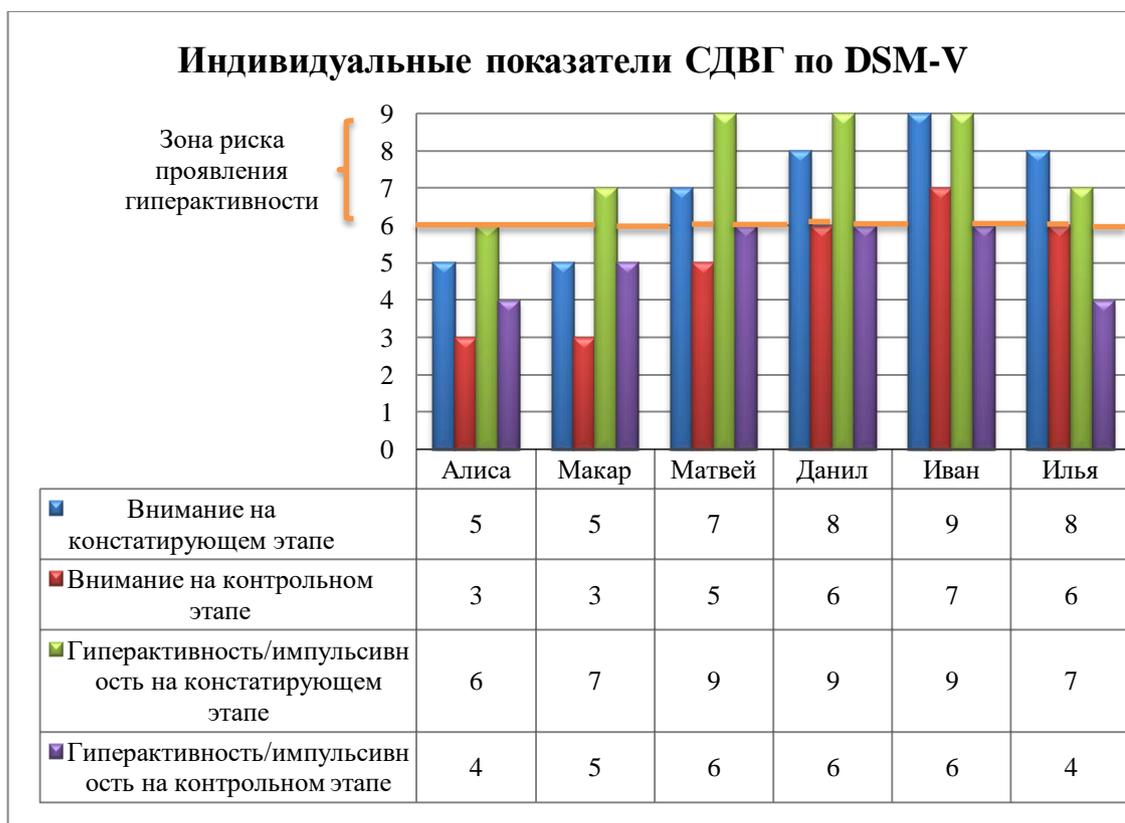


Рисунок 8 – Динамика индивидуальных показателей СДВГ по DSM-V детей старшего дошкольного возраста ЗПР, проявляющие в своем поведении признаки гиперактивности, на констатирующем и контрольном этапах (в баллах)

Таким образом, анализ динамики индивидуальных показателей СДВГ по DSM-V детей старшего дошкольного возраста с ЗПР, проявляющих в своем поведении признаки гиперактивности на констатирующем и контрольном этапах, свидетельствует о наличии тенденции к положительной динамике в снижении проявлений гиперактивности, что может быть связано с реализацией предложенной программы.

Результаты анкетирования родителей (И. П. Брызгунов и Е. В. Касатикова) на контрольном этапе представлены в приложении 15.

Наглядно полученные данные представлены на рисунке 9.

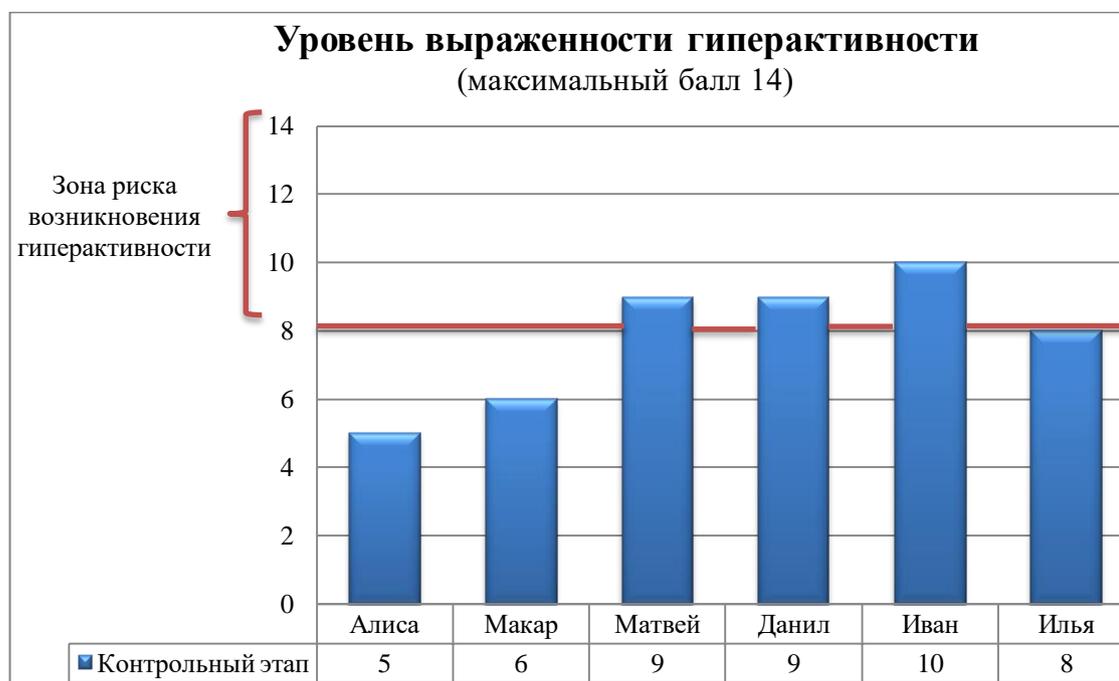


Рисунок 9 – Уровень выраженности гиперактивности детей старшего дошкольного возраста с ЗПР, проявляющие в своем поведении признаки гиперактивности по результатам анкетирования родителей на констатирующем этапе (в баллах)

При анкетировании родителей на контрольном этапе выяснили, что все дети также болтливы, в разговоре часто перебивают, отвечают на вопросы, не подумав и раньше, чем вопрос закончен, часто переключаются с одного незаконченного дела на другое. Но настроение детей стало менее переменчиво, они практически не проявляют бесцельную двигательную активность, их действия стали более согласованы.

Данил, Иван, Илья стали менее суетливы, стали лучше контролировать себя. Алиса, Макар, Илья стали меньше отвлекаются на посторонние стимулы. Алиса во время игр стала менее беспокойна. Иван стал реже терять вещи, необходимые для работы.

По результатам анкетирования родителей на контрольном этапе выявлены следующие результаты: у Матвея, Данила, Ивана и Ильи

признаки гиперактивности присутствуют, но показатели снизились. У Алисы и Макара проявление гиперактивности отсутствуют.

Анализ динамики уровня выраженности гиперактивности детей старшего дошкольного возраста с ЗПР, проявляющих в своем поведении признаки гиперактивности при анкетировании родителей на констатирующем и контрольном этапах, представлен на рисунке 10.

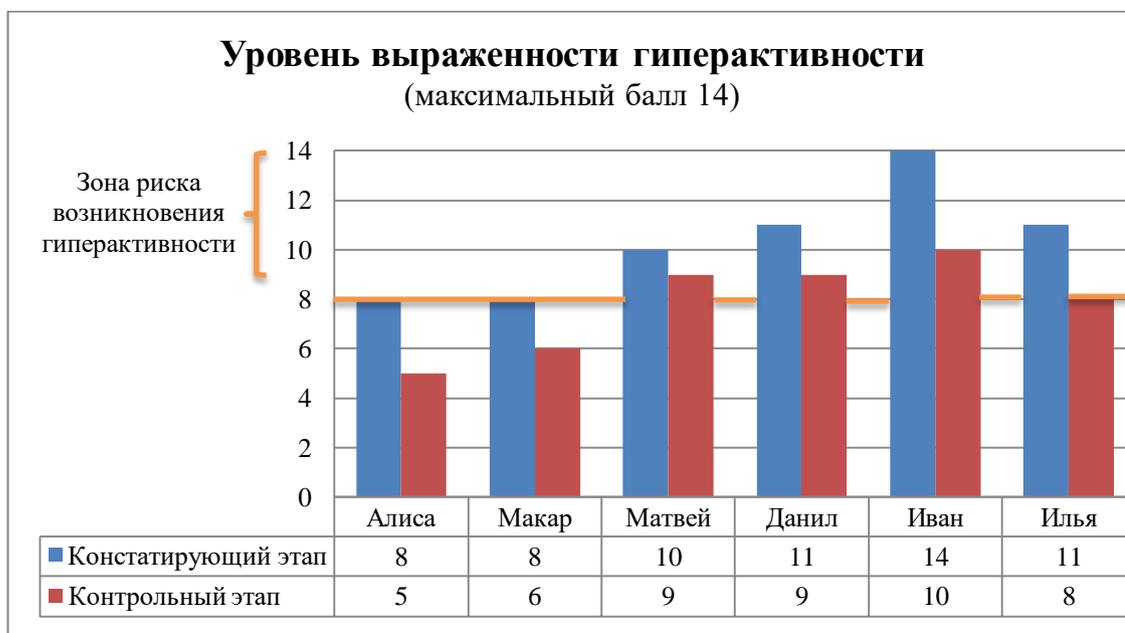


Рисунок 10 – Динамика уровня выраженности гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с ЗПР, проявляющие в своем поведении признаки гиперактивности при анкетировании родителей на констатирующем и контрольном этапах (в баллах)

Таким образом, анализ динамики уровня выраженности гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с ЗПР, проявляющих в своем поведении признаки гиперактивности при анкетировании родителей на констатирующем и контрольном этапах, свидетельствует о наличии тенденции к положительной динамике в снижении проявлений гиперактивности, что может быть связано с реализацией предложенной программы.

Результаты анкетирования педагогов (И. П. Брызгунов и Е. В. Касатикова) на контрольном этапе представлены в приложение 16.

Наглядно полученные данные представлены на рисунке 11.

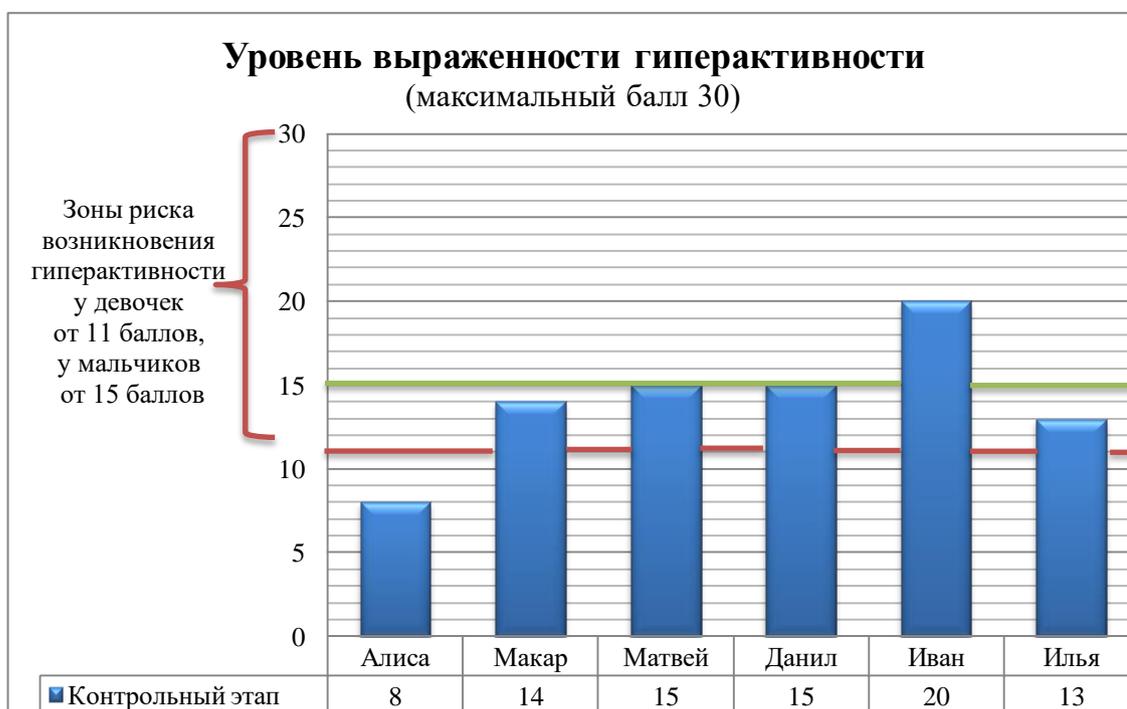


Рисунок 11 — Уровень выраженности гиперактивности детей старшего дошкольного возраста с ЗПР, проявляющие в своем поведении признаки гиперактивности по результатам анкетирования педагогов на констатирующем этапе (в баллах)

При анкетировании педагогов на контрольном этапе выяснили, что все дети стали более спокойны, менее импульсивны, менее возбудимы, реже стали отвлекаться на посторонние стимулы, стали более внимательны. Детям стало легче приступать к занятиям и доводить начатое до конца, настроения их менее переменчивы.

Контрольное наблюдение за детьми показало, что дети начали спокойно играть или заниматься чем-либо на досуге, они практически не проявляют бесцельную двигательную активность, не встают со своего места во время занятий или других ситуациях, стали менее болтливы.

По результатам анкетирования педагогов на контрольном этапе выявлены следующие результаты: у Алисы, Макара и Ильи признаки гиперактивности отсутствуют, у Матвея, Данила и Ивана – сохранились, но показатели снизились.

Анализ динамики уровня выраженности гиперактивности детей старшего дошкольного возраста с ЗПР, проявляющих в своем поведении

признаки гиперактивности при анкетировании родителей на констатирующем и контрольном этапах, представлен на рисунке 12.

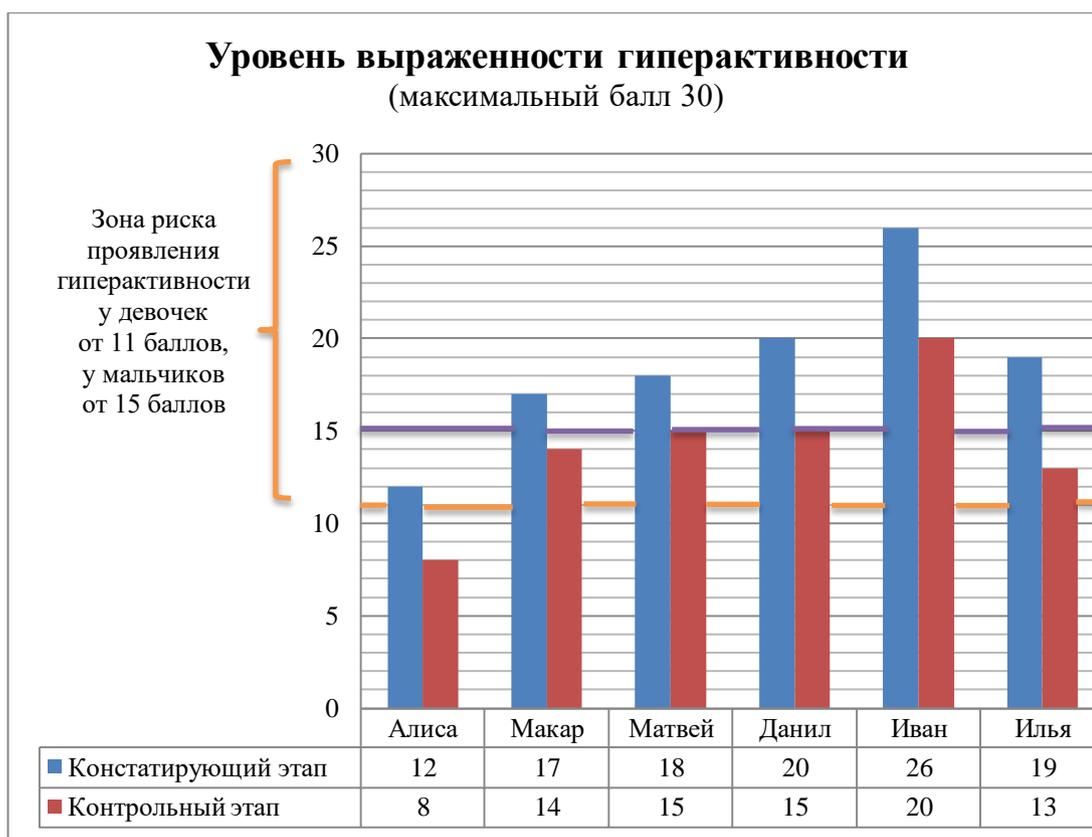


Рисунок 12 — Динамика уровня выраженности гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с ЗПР, проявляющие в своем поведении признаки гиперактивности при анкетировании педагогов на констатирующем и контрольном этапах (в баллах)

Таким образом, анализ динамики уровня выраженности гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с ЗПР, проявляющих в своем поведении признаки гиперактивности при анкетировании педагогов на констатирующем и контрольном этапах, свидетельствует о наличии тенденции к положительной динамике в снижении проявлений гиперактивности, что может быть связано с реализацией предложенной программы.

Результаты тестирования по методике «Домик» (Н. И. Гуткина) на контрольном этапе представлены в приложении 17.

Наглядно полученные данные представлены на рисунке 13.

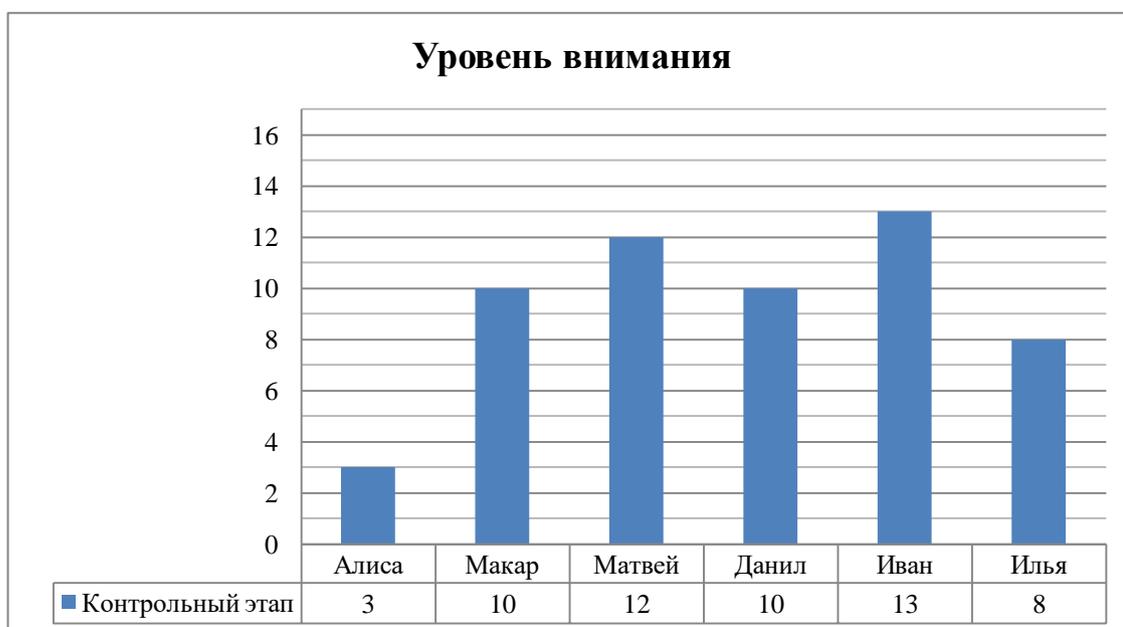


Рисунок 13 – Уровень внимания у детей старшего дошкольного возраста с ЗПР, проявляющие в своем поведении признаки гиперактивности по методике «Домик» (Н. И. Гуткина) на контрольном этапе (в баллах)

При выполнении методики «Домик» на контрольном этапе все дети также допустили ошибки. У всех детей отсутствуют детали рисунка, в основном – штриховка, забор, мелкие детали рисунка (дым, труба, ступеньки, окошки). Встречается увеличение деталей рисунка. У Макара, Ивана и Данила залезания линий одна на другую стало меньше. У Алисы, Матвея, Данилы, Ивана и Илья – разрывов между линиями в тех местах, где они должны быть тоже стало меньше.

При выполнении задания все дети рисовали правой рукой. Во время рисования дети отвлекались реже, линии проводили медленно, но старались проводить плавно. При выполнении работы также смотрели на образец, но после окончания свой рисунок сверяли с образцом. Движения у всех детей были более свободными, точными.

По результатам данных, полученных при выполнении задания по методике «Домик» (Н. И. Гуткина), на контрольном этапе выявлены, что у всех детей наблюдается улучшения уровня внимания.

Анализ динамики уровня внимания детей старшего дошкольного возраста с ЗПР, проявляющих в своем поведении признаки

гиперактивности по методике «Домик» (Н. И. Гуткина) на констатирующем и контрольном этапах, представлен на рисунке 14.

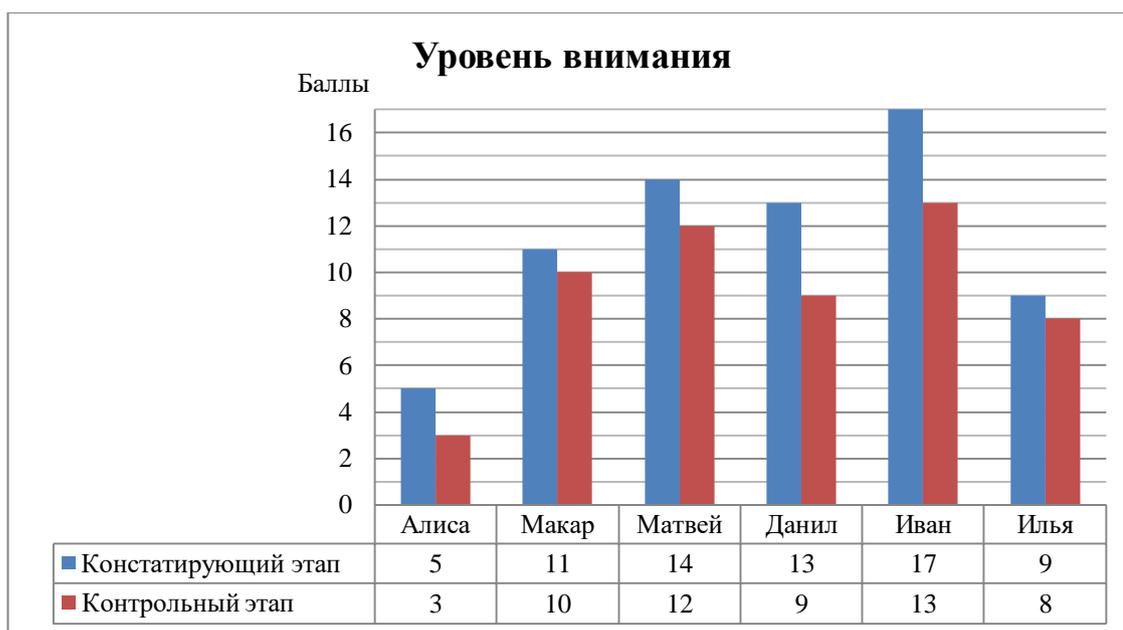


Рисунок 14 – Динамика уровня внимания у детей старшего дошкольного возраста с ЗПР, проявляющие в своем поведении признаки гиперактивности по методике «Домик» (Н. И. Гуткина) на констатирующем и контрольном этапах (в баллах)

Таким образом, анализ динамики уровня внимания у детей старшего дошкольного возраста с ЗПР, проявляющих в своем поведении признаки гиперактивности по методике «Домик» (Н. И. Гуткина) на констатирующем и контрольном этапах, свидетельствует о положительной динамике, что может быть связано с реализацией предложенной программы.

Результаты проведения теста самоконтроля и произвольности (А. Л. Сиротюк) на контрольном этапе представлены в таблице 5.

Таблица 5 – Уровень самоконтроля и произвольности детей старшего дошкольного возраста с ЗПР, проявляющие в своем поведении признаки гиперактивности по результатам теста самоконтроля и произвольности (А. Л. Сиротюк) на контрольном этапе

№ п/п	Обучающиеся	Картинки для описания ситуации				Итог	Уровень
		№1	№2	№3	№4		
1	Алиса	3	2	3	3	2,75	Средний
2	Макар	2	3	3	2	2,5	Средний
3	Матей	2	2	2	2	2	Средний
4	Данил	2	1	2	2	1,75	Низкий
5	Иван	2	2	1	2	1,75	Низкий
6	Илья	2	2	3	2	2,25	Средний

Наглядно полученные данные представлены на рисунке 15.

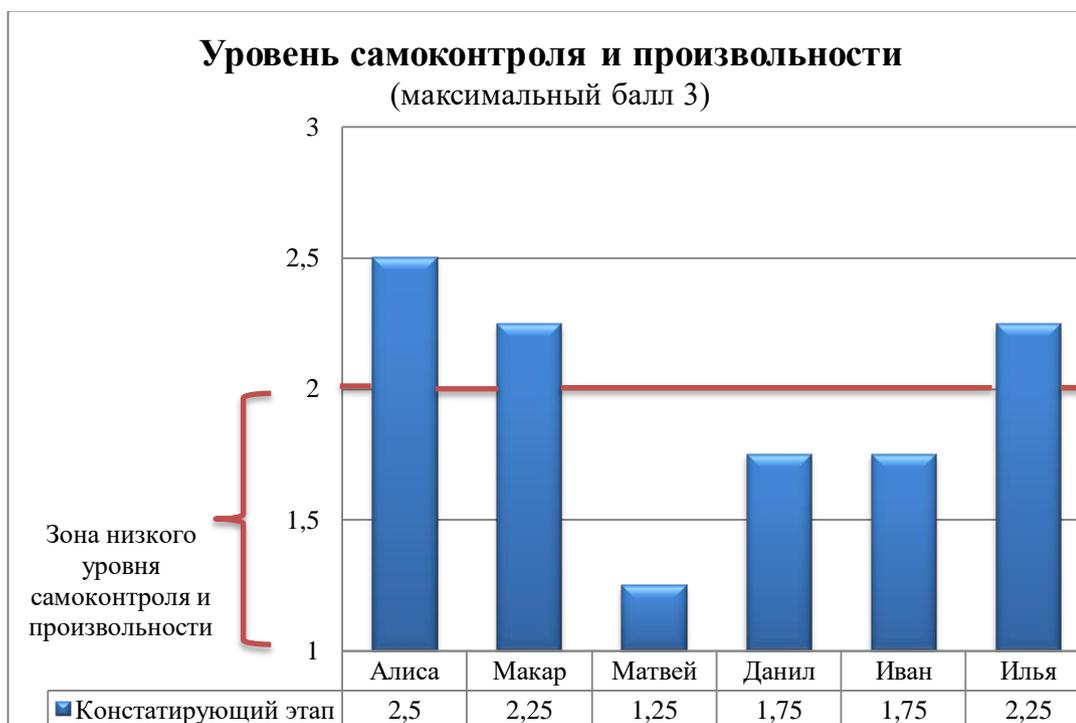


Рисунок 15 – Уровень самоконтроля и произвольности детей старшего дошкольного возраста с ЗПР, проявляющие в своем поведении признаки гиперактивности по результатам теста самоконтроля и произвольности (А. Л. Сиротюк) на контрольном этапе (в баллах)

Качественный анализ теста на контрольном этапе представлен в приложении 18.

По результатам проведения теста самоконтроля и произвольности (А. Л. Сиротюк) на контрольном этапе, мы можем отметить, что у 2 детей (Данил, Иван) уровень сформированности навыков самоконтроля и произвольности остался на низком уровне. Дети анализировали ситуацию однобоко, не пытались найти другие варианты причин или решения неудач героев. В качестве причин чаще отмечали неодушевленные предметы или факторы, не зависящие от персонажей, в большей части картинок не нашли проблемы, и, следовательно, не указали решения.

У Алисы, Макара и Ильи уровень сформированности навыков самоконтроля и произвольности остался на среднем уровне. У Матвея показатель уровня сформированности навыков самоконтроля и произвольности повысился, стал средним. Данные дети умеет оценивать и контролировать себя, причину происходящего видят в самом герое.

Анализ динамики уровня самоконтроля и произвольности детей старшего дошкольного возраста с ЗПР, проявляющих в своем поведении признаки гиперактивности по результатам теста А. Л. Сиротюк на констатирующем и контрольном этапах, представлен на рисунке 16.

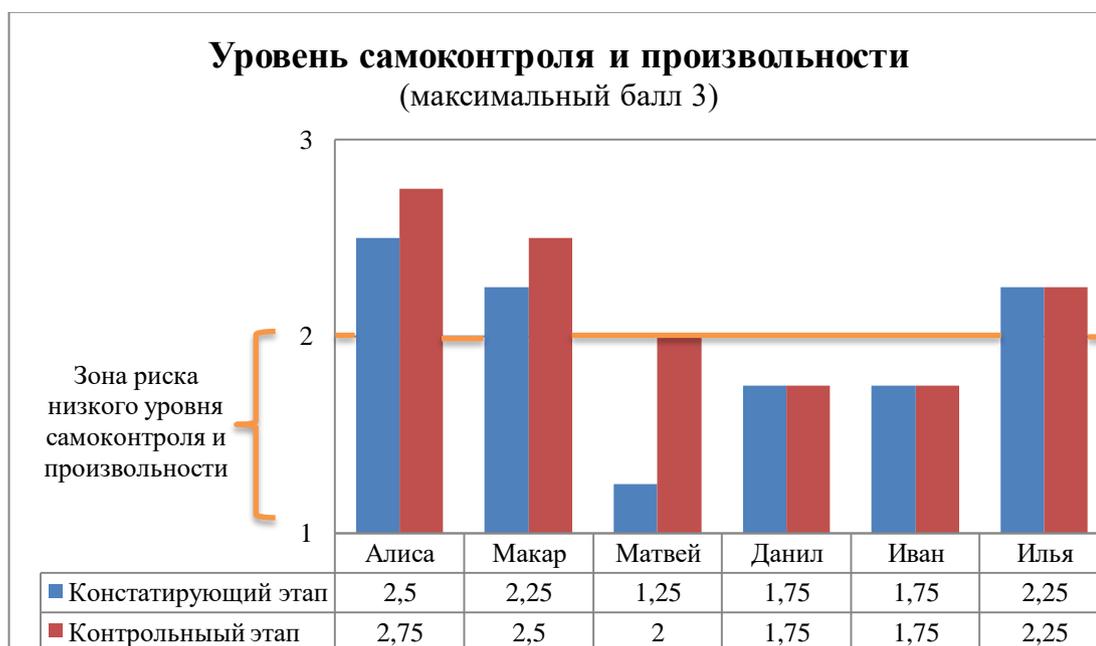


Рисунок 16 – Динамика уровня самоконтроля и произвольности у детей старшего дошкольного возраста с ЗПР, проявляющие в своем поведении признаки гиперактивности теста самоконтроля и произвольности (А. Л. Сиротюк) на констатирующем и контрольном этапах (в баллах)

Таким образом, анализ динамики уровня самоконтроля и произвольности у детей старшего дошкольного возраста с ЗПР, проявляющих в своем поведении признаки гиперактивности теста самоконтроля и произвольности (А. Л. Сиротюк) на констатирующем и контрольном этапах, свидетельствует о положительной динамике, что может быть связано с реализацией предложенной программы.

Результаты пробы на реципрокную координацию (А. Р. Лурия) на контрольном этапе представлены в приложении 19.

Наглядно полученные данные представлены на рисунке 17.

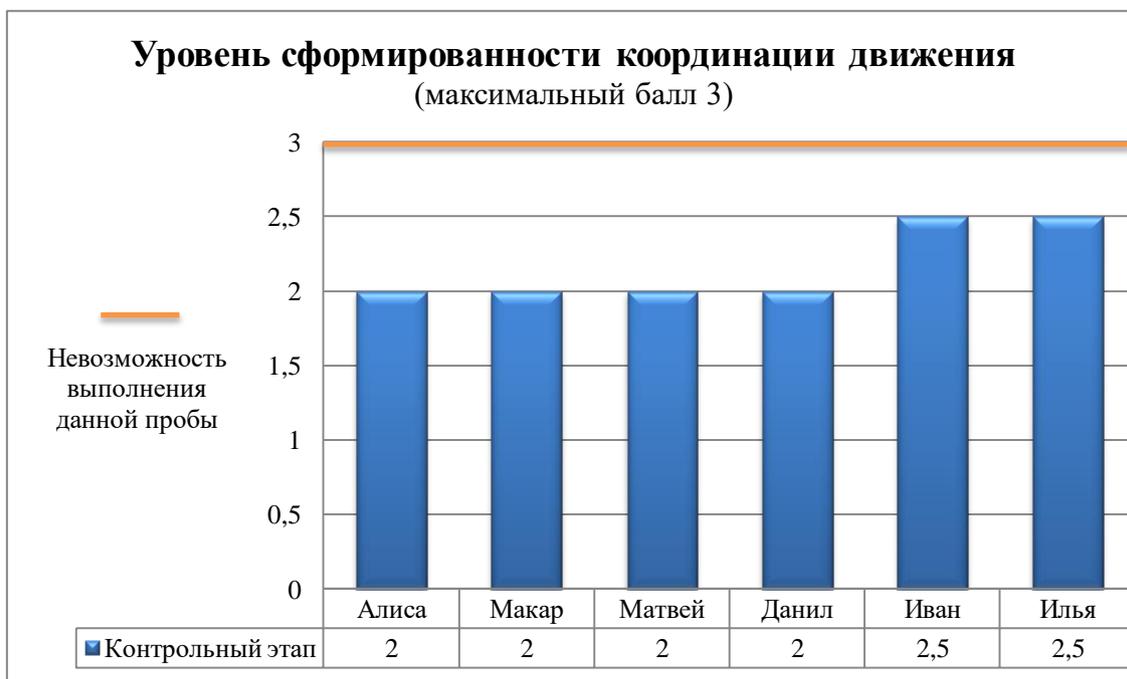


Рисунок 17 – Уровень сформированности координации движения детей старшего дошкольного возраста с ЗПР, проявляющие в своем поведении признаки гиперактивности по результатам пробы на реципрокную координацию (А. Р. Лурия) на контрольном этапе (в баллах)

По результатам пробы на реципрокную координацию (А. Р. Лурия) на контрольном этапе выявлено, что у Алисы, Макара, Матвея и Данила уровень сформированности координации движения изменился, стал средним. У Ивана и Ильи уровень сформированности координации движения остался низким.

Согласно результатам проведения пробы на реципрокную координацию (А. Р. Лурия) на контрольном этапе, можно отметить, что у всех детей уровень сформированности координации движения стал лучше, все испытуемые при выполнении быстрее стали входить в задание. У Алисы, Макара, Матвея и Данила уровень сформированности координации движения стал средним, у Ивана и Ильи остался низким.

Анализ динамики уровня сформированности координации движения детей старшего дошкольного возраста с ЗПР, проявляющих в своем поведении признаки гиперактивности пробы (А. Р. Лурия) на констатирующем и контрольном этапах, представлен на рисунке 18.

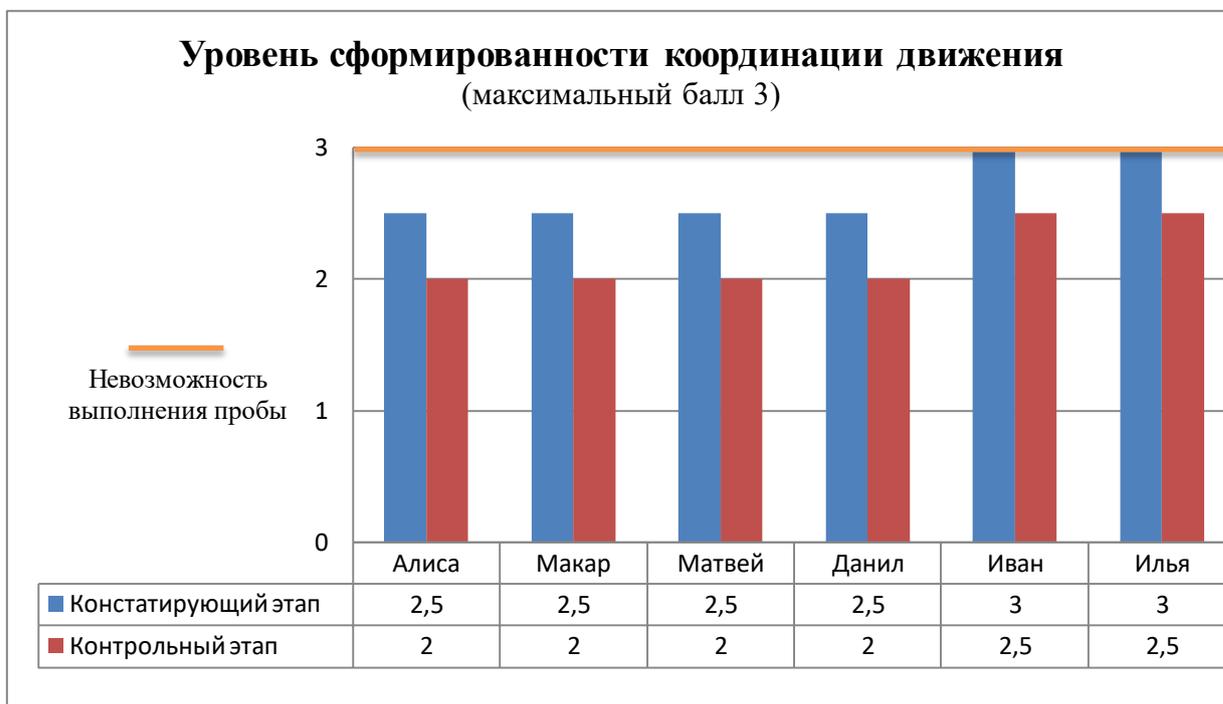


Рисунок 18 – Динамика уровня сформированности координации движения у детей старшего дошкольного возраста с ЗПР, проявляющие в своем поведении признаки гиперактивности пробы на реципрокную координацию (А. Р. Лурия) на констатирующем и контрольном этапах (в баллах)

Таким образом, анализ динамики уровня сформированности координации движения у детей старшего дошкольного возраста с ЗПР, проявляющих в своем поведении признаки гиперактивности пробы на реципрокную координацию (А. Р. Лурия) на констатирующем и контрольном этапах, свидетельствует о положительной динамике, что может быть связано с реализацией предложенной программы.

Итак, сравнительный анализ результатов на констатирующем и контрольном этапах позволяет нам говорить об эффективности программы коррекции проявления гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с ЗПР посредством арт-терапии (приложение 20).

Выводы по 2 главе

Экспериментальная работа проводилась на базе МБДОУ «Детский сад № 153 г. Челябинска». В исследовании приняли участие 6 детей старшего дошкольного возраста с ЗПР, проявляющих в своем поведении признаки гиперактивности. Экспериментальная работа проводилась в несколько этапов:

1. На констатирующем этапе были подобраны и проведены диагностические мероприятия, позволяющие определить наличие и степень выраженности признаков гиперактивного поведения у детей старшего дошкольного возраста с ЗПР. Проанализировав результаты наблюдений, диагностических методик, анкетирования педагогов и родителей детей, мы выявили у данных детей признаки проявления гиперактивности. Эти дети находятся в постоянном движении, болтливы, отвечают на вопросы, не выслушав их до конца, не могут спокойно играть или заниматься чем-либо, крутятся, вертятся.

2. Формирующий этап заключался в составлении и реализации программы коррекции проявлений гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с ЗПР посредством арт-терапии в условиях дошкольной образовательной организации. Данная программа была реализована в течение шести месяцев.

3. Анализ контрольного этапа эмпирического исследования позволил сделать вывод о тенденции к положительной динамике показателей снижения проявлений гиперактивности, а, следовательно, и об эффективности предложенной программы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проблема своевременной диагностики и коррекции гиперактивности у детей – одна из актуальных в современной психолого-педагогической науке, она актуализируется еще больше, если речь идет о дошкольниках с ЗПР. С целью более детального изучения обозначенной проблемы было организовано собственное теоретико-экспериментальное исследование.

В ходе проведения теоретического анализа литературы по проблеме было определено, что гиперактивность выступает нарушением психического развития в результате действия комплекса биологических и социальных факторов и проявляется в повышении двигательной активности при снижении внимания, не способности к саморегуляции поведения и деятельности.

Большинство исследователей, говоря о гиперактивных детях, имеют в виду детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью (СДВГ).

Среди причин возникновения СДВГ доминирующими выступают три группы факторов: генетические факторы; повреждение центральной нервной системы во время беременности и родов; негативное действие внутрисемейных факторов (воспитания).

Анализ особенностей развития и проявления СДВГ, показал, что первый пик проявления синдрома приходится на старший дошкольный возраст.

СДВГ характеризуется триадой кардинальных симптомов:

- двигательной активностью,
- импульсивностью (отсутствием усидчивости и сдержанности),
- дефицитом активного внимания.

В настоящее время гиперактивность очень распространена среди детей дошкольного возраста с ЗПР. Доказано, что симптомы СДВГ могут привести в младшем школьном возрасте к трудностям освоения образовательной программы, а в подростковом возрасте способствует

возникновению психопатологических расстройств и асоциальных состояний, так как при данном расстройстве нарушается контроль, способность головного мозга к организации и самоконтролю поведения.

В ходе работы были определены основные особенности проявления гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с ЗПР.

Такие дети плохо переносят ситуации, где требуется ограничение движений, мыслей, они начинают метаться, перескакивая в своем внимании с одного объекта на другой. У таких детей часто наблюдаются беспокойные движения в кистях и стопах, дети встают со своего места в группе во время занятий, находятся в постоянном движении, обычно не могут спокойно играть. Они крутятся и вертятся, проявляя бесцельную двигательную активность. Такие дети болтливы, часто отвечают на вопросы, не задумываясь и не выслушав их до конца. Гиперактивные дети с ЗПР как никакие другие требуют со стороны взрослых терпения и участия. Работа с ними должна быть кропотливой и комплексной, так как выработка единой системы требований в ДОУ и семье сможет помочь адаптироваться таким детям и быть успешными.

В соответствии с данными особенностями детей с гиперактивностью и ЗПР в ходе коррекционно-развивающей работы в ДОУ достаточно сложно выстраивать педагогический процесс взаимодействия – педагогам требуется найти особый подход к детям. В педагогической практике существует достаточно большое разнообразие методов обучения, развития и воспитания детей, однако, нами были рассмотрены возможности арт-терапевтических методов. Использование элементов арт-терапии в коррекции проявлений гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с ЗПР нормализует их эмоциональное состояние, развивает коммуникативные навыки и волевые качества, что существенно повышает социальную адаптацию, пространственно-двигательную координацию, формирует сдержанность и усидчивость, что существенно облегчает интеграцию детей с гиперактивностью и ЗПР в общество.

С целью формирования представлений о показателях сформированности гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с ЗПР, нами было проведено эмпирическое исследование на базе МБДОУ «Детский сад № 153 г. Челябинска». В исследовании приняли участие 6 детей старшего дошкольного возраста с ЗПР, проявляющих в своем поведении признаки гиперактивности. Экспериментальная работа проводилась в несколько этапов.

На констатирующем этапе были подобраны и проведены психодиагностические методики, позволяющие в полной мере объективно оценить особенности проявления гиперактивности у детей. Результаты констатирующего этапа эксперимента убедительно свидетельствуют, что в экспериментальной группе дошкольников с ЗПР проявления гиперактивности разнообразны и ярко выражены, что свидетельствует о необходимости коррекционной работы.

Формирующий этап заключался в составлении и реализации программы коррекции проявлений гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с ЗПР посредством арт-терапии в условиях дошкольной образовательной организации. Данная программа была реализована в течение шести месяцев, после чего был реализован контрольный этап экспериментального исследования.

При проведении сравнительного анализа результатов констатирующего и контрольного этапов, было установлено, что наблюдается тенденция к положительной динамике в снижении проявлений гиперактивности у целевой группы дошкольников. Следовательно, разработанная и реализованная программа достаточно эффективна в коррекции проявлений гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с ЗПР.

Таким образом, поставленные в работе цели и задачи реализованы в полном объеме. Гипотеза подтверждена.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Альтхерр П. Гиперактивные дети : коррекция психомоторного развития : учебное пособие для студентов высших учебных заведений / П. Альтхерр ; под ред. М. Пассольта ; пер. с нем. В. Т. Алтухова ; науч. ред. рус. текста Н. М. Назарова. – 2-е изд., стер. – Москва : Академия, 2011. – 155 с. : ил. – ISBN 978-5-7695-7605-8.
2. Артпедагогика и арттерапия в специальном образовании: Учеб. для студ. сред. и высш. пед. учеб. заведений / Т. А. Добровольская, Е. А. Медведева, И. Ю. Левченко, Л. Н. Комиссарова. – Москва : Издательский центр «Академия», 2001. – 248 с. ISBN 5-7695-0561-3.
3. Астапов В. М. Введение в дефектологию с основами нейро- и патопсихологии / В.М. Астапов. – Москва : Международная педагогическая академия, 1994. – 216 с.
4. Бадалян Л. О. Синдромы дефицита внимания у детей / Л. О. Бадалян // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. – 2016. – № 3. – С. 74–90.
5. Большой психологический словарь / под ред. В. П. Зинченко, Б. Г. Мещерякова. - 4-е изд., расш. – Москва : АСТ ; Санкт-Петербург : Прайм-Еврознак, 2009. – 811 с. – (Большая психологическая энциклопедия). – ISBN 978-5-17-055693-9.
6. Бонев Л. Руководство по кинезитерапии / Л. Бонев, П. Слыньчев. – София : Медицина и физкультура. – 1978. – 358 с.
7. Борякова Н. Ю. Ступеньки развития. Ранняя диагностика и коррекция задержки психического развития у детей : учебно-методическое пособие / Н. Ю. Борякова. – Москва : Гном-Пресс, 2002. – 20 с.
8. Брусиловский Л. С. Музыкальная терапия. Руководство по психотерапии / Л. С. Брусиловский. – Ташкент, 1989. – С. 256-275.
9. Брызгунов И. П. Непоседливый ребенок, или все о гиперактивных детях / И. П. Брызгунов, Е. В. Касатикова. – Москва : Издательство института психотерапии, 2008. – 208 с. – ISBN 978-5-

903182-3-33.

10. Булгаков А. Б. Проблемы оптимизации образования гиперактивных детей / А. Б. Булгаков, О. С. Булгакова // Современные проблемы науки и образования. – 2009. – № 2. – С. 18-19.

11. Вайзман Н. П. Реабилитационная педагогика / Н. П. Вайзман. — Москва : Аграф, 1996. – 160 с.

12. Васильева Е. Н. Формирование эмпатии к сверстникам у старших дошкольников с ЗПР / Е. Н. Васильева // Шестилетние дети: Проблемы и исследования. – Нижний Новгород : НГПУ, 1998. – С. 56–71.

13. Венгер Л. А. Домашняя школа мышления / Л. А. Венгер, А. Л. Венгер. – Москва : Дрофа, 2010. – 397 с. – (Дошкольная психология). – ISBN 978-5-358-03607-9.

14. Власовой Т. А. Обучение детей с задержкой психического развития / Т. А. Власовой, В. И. Лубовского, Н. А. Никашиной. – Москва : Просвещение, 1981. – 119 с.

15. Воронова А. А. Арт-терапия для детей и их родителей / А. А. Воронова. – Ростов-на-Дону : КТК Галактика, 2021. – 250 с: – ISBN 978-5-6045098-6-9.

16. Выготский Л. С. Собрание сочинений. В 6 т. Т. 4. Детская психология / под ред. Д. Б. Эльконина. – Москва : Педагогика, 1984. – 432 с.

17. Глозман Ж. М. Нейропсихологическая диагностика в дошкольном возрасте / Ж. М. Глозман, А. Ю. Потанина, А. Е. Соболева. – Санкт-Петербург : Питер, 2008. – 80 с. – ISBN 978-5-388-004442-0.

18. Горьковая И. А. Предупреждение отклонений в поведении у детей в рамках концепции А. И. Захарова // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2015. – № 2(31). – С. 1 – URL: http://mprj.ru/archiv_global/2015_2_31/nomer08.php (дата обращения: 16.09.2022).

19. Грибанов А. В. Центр компетенций развития ребенка «Содействие» как научно-образовательное подразделение университета по

проблеме синдрома дефицита внимания с гиперактивностью / А.В. Грибанов, М. Н. Панков // Вестник Северного (Арктического) Федерального Университета. Серия: Медико-биологические науки. – 2014. – № 1. – С. 5-12.

20. Джос Ю. С. Медико-социальные аспекты синдрома дефицита внимания с гиперактивностью и особенности семейного воспитания / Ю.С. Джос // Вестник Северного (Арктического) Федерального Университета. Серия: Медико-биологические науки. – 2014. – № 1. – С. 22-30.

21. Долгова В. О. Особенности памяти детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития / В. О. Долгова, Л. М. Лапшина // Современные подходы к диагностике и коррекции развития детей с ограниченными возможностями здоровья : сборник научных статей по итогам научно-исследовательской работы преподавателей, студентов и выпускников факультета инклюзивного и коррекционного образования ЮУрГГПУ за 2015-2016 учебный год / Ответственная за выпуск Л.Б. Осипова; под научной редакцией Л.Б. Осиповой, Л.А. Дружининой. – Челябинск : Цицеро, 2016. – С. 51-54.

22. Доценко Е. В. Психодиагностика детей в дошкольных учреждениях : (методики, тесты, опросники) / сост. Е. В. Доценко. – Изд. 2-е. – Волгоград : Учитель, 2013. – 297 с. : ил. – (В помощь психологу ДОУ). – ISBN 978-5-7057-2758-2.

23. Дробинская А. О. Синдром гиперактивности с дефицитом внимания / А. О. Дробинская // Дефектология, 1996. – № 3. – С. 72-74.

24. Заваденко Н. Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте : учеб. пособие для вузов / Н. Н. Заваденко. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва : Издательство Юрайт, 2018. – 274 с. – (Серия : Авторский учебник). – ISBN 978-5-534-05701-0.

25. Заваденко Н. Н. Гиперактивность с дефицитом внимания: факторы риска, возрастная динамика, особенности диагностики /

Н. Н. Заваденко, Н. Ю. Суворинова, М. В. Румянцева // Дефектология : Научно-методический журнал. – 2003. – № 6. – С. 13-20.

26. Зинкевич-Евстигнеева Т. Д. Формы и методы работы со сказками. / Т. Д. Зинкевич-Евстигнеева. – Санкт-Петербург : Речь, 2010. – 240 с. – ISBN 5-9268-0404-3.

27. Елисеева О. Н. Психолого-педагогическая технология коррекции агрессивных проявлений у гиперактивных детей старшего дошкольного возраста / О. Н. Елисеева // Педагогическое образование в России. – 2012. – №1. – С. 122-126.

28. Екжанова Е. А. Задержка психологического развития у детей и пути её психолого-педагогической коррекции в условиях дошкольного учреждения / Е. А. Екжанова // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2002. № 1 – С. 2- 4.

29. Игнатова В. Ю. Психолого-педагогические особенности детей дошкольного возраста с задержкой психического развития / В. Ю. Игнатова // Молодой ученый. – 2022. – № 51 (446). – С. 182-184. – URL: <http://moluch.ru/archive/446/98220> (дата обращения: 25.04.2023).

30. Касатикова Е. Б. Характеристика детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью / И. П. Брызгунов, Е. Б. Касатикова // Педиатрия, 2001. – № 2. – С. 40-42.

31. Киселева М. В. Арт-терапия в работе с детьми: руководство для детских психологов, педагогов, врачей и специалистов, работающих с детьми / М. В. Киселева. – Санкт-Петербург : Речь, 2018. – 160 с, ил. – ISBN 5-9268-0408-6.

32. Копытин А. И. Техники аналитической арт-терапии: исцеляющие путешествия / А. И. Копытин, Б. Корт. – Санкт-Петербург : Речь, 2007. – 140 с. : ил. – ISBN 5-9268-0533-3.

33. Копытин А. И. Теория и практика арт-терапии : учеб. пособие для вузов / А. И. Копытин – Санкт-Петербург : Лань, 2023. – 244 с. – ISBN 978-5-507-46208-7.

34. Корень Е. В. Гиперкинетические расстройства (СДВГ) / Е. В. Корень, Т. А. Куприянова – Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» – Минздрава России. – Москва, 2015. – 82 с.
35. Коробинцева М. С. Психологическое сопровождение обучающихся с задержкой психического развития : Учебное-методическое пособие для высших учебных заведений / М. С. Коробинцева, Л. М. Лапшина. – Челябинск : Южно-Уральский научный центр РАО, 2022. – 94 с. – ISBN 978-5-907538-58-0.
36. Корсаков С. С. Общая психопатология / С.С. Корсаков; Послесл. А. Н. Голика. — Москва : Бинوم. Лаборатория знаний, 2003. – 480 с. : ил. – (Психиатрия: классика и современность). – ISBN: 5-94774-063-X (в пер.).
37. Лалаева Р. И. Нарушения речи и их коррекция у детей с задержкой психического развития: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Р. И. Лалаева, Н. В. Серебрякова, С. В. Зорина. – Москва : Гуманитарный изд. центр ВЛАДОС, 2003. – 304 с.
38. Ларионова О. А. Коррекция проявлений гиперактивности у детей с задержкой психического развития средствами арттерапии : автореферат дис. ... канд. психол. наук : 19.00.10 / О. А. Ларионова ; науч. рук. Ю. Т. Матасов ; ГОУ ВПО РГПУ им. А. И. Герцена. – Санкт-Петербург, 2011. – 324 с.
39. Лебедева Л. Д. Практика арт-терапии: подходы, диагностика, система занятий / Л. Д. Лебедева. – Санкт-Петербург : Речь, 2023. – 189 с. : ил. – ISBN: 978-5-9268-4161-6.
40. Лебединская К. С. Актуальные проблемы диагностики психического развития детей: учебное пособие / К. С. Лебединская – Москва : Издательство Московского университета, 1982. – 196 с.
41. Ломакина Г. Р. Гиперактивный ребенок. Как найти общий язык с непоседой / Г. Р. Ломакина. – Москва : Центрополиграф, 2009. – 188 с. –

ISBN: 978-5-9524-4459-1.

42. Лоуэн А. Биоэнергетика / А. Лоуэн, Л. М. Шлинский. – Санкт-Петербург : Ювента, 1998. – 381 с. – ISBN: 5-87399-058-1.

43. Лутоян Н. Г. Формирование рациональных способов запоминания у детей с задержкой психического развития. // Дефектология. 1977. – № 3. – С. 18-26.

44. Лютова Е. К. Шпаргалка для родителей. Гиперактивные, агрессивные, тревожные и аутичные дети / Е. К. Лютова, Г. Б. Моница. – Санкт-Петербург : Речь, 2010. – 135 с. : ил. – ISBN 978-5-9268-1012-4.

45. Марковская И. Ф. Задержка психического развития (клиническо-нейропсихологическая диагностика) / И. Ф. Марковская. – Москва : изд. н/о «Компенс-центр», 1993. – 198 с. ил.

46. Методические рекомендации для педагогов по организации мероприятий с обучающимися с СДВГ разного возраста с использованием техник развития дефицитарных функций / Т. П. Волошенюк, Р. В. Демьянчук, Т. А. Колосова [и др] ; под науч. ред. Р. В. Демьянчука. – Санкт-Петербург, 2020. - 93 с.

47. Моница Г. Б. Гиперактивные дети : психолого-педагогическая помощь: монография / Г. Б. Моница, Е. К. Лютова-Робертс, Л. Чутко. – Санкт-Петербург : Речь, 2007. – 186 с. - ISBN 5-9268-0570-8.

48. Набойченко Е. С. Синдром дефицита внимания и гиперактивности в общей систематике нарушений психического развития у детей / Е. С. Набойченко // Педагогическое образование в России. – 2016. – № 10. – URL: <http://journals.uspu.ru/attachments/article/1354/15.pdf> (дата обращения: 12.11.2023).

49. Основы специальной психологии; Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений / Л. В. Кузнецова, Л. И. Переслени, Л. И. Солнцева [и др]; Под ред. Л. В. Кузнецовой, – 2-е изд., стер. – Москва : Издательский центр «Академия», 2005. – 480 с. – ISBN 5-7695-2268-2.

50. Павлий Т. Н. Некоторые подходы к изучению и коррекции эмоциональной сферы детей с задержкой психического развития

Т. Н. Павлий // Дефектология : научно-методический журнал / Ред. В. И. Лубовский, А. И. Чайкина. – 2000. – №4. – С. 36-42.

51. Певзнер М. С. Клиническая характеристика детей с нарушениями темпа развития // Дети с нарушениями развития : Хрестоматия : учебное пособие для слушателей специальных факультетов по переподготовке работников образования по направлению «Психология» / сост. В. М. Астапов. – Москва : Международная педагогическая академия, 1995. – С. 81-93. – ISBN 5-879777-007-7.

52. Петрушин В. И. Музыкальная психология: Учебное пособие для ВУЗов / В. И. Петрушин. – 2-е изд. – Москва : Академический проект, 2008 – 400 с. – ISBN 978-5-8291-0961-5.

53. Поддубная Н. Г. Своеобразие процессов непроизвольной памяти у первоклассников с ЗПР / Н. Г. Поддубная // Дефектология. – 1980. – № 4. – С. 21-26.

54. Подобед В. Л. О своеобразии механической памяти детей с задержкой психического развития / В. Л. Подобед // VIII науч. Сессия по дефектологии и V Всесоюзные педагогические чтения. – Москва, 1979. – С. 364-365.

55. Покровский В. И. СДВГ: исследование, предварительные выводы и рекомендации / В. И. Покровский // Охрана здоровья детей в России: материалы форума (Москва, 13-14 апр. 2006 г.). – Москва, 2006.

56. Политика О. И. Дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью / О. И. Политика. – Санкт-Петербург : Речь. – 2006. – 208 с. – (Детская психология и психотерапия) – ISBN 5-9268-0331-4.

57. Положай М. Н. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью как результат сенсорной и моторной депривации у детей при злоупотреблении телевидением / М. Н. Положай // Педагогическое образование в России. – 2013. – № 6. – С. 129-132

58. Принципы оказания помощи детям с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью / Л. С. Чутко, Р. Г. Юрьева, И. С. Никишенина

[и др] // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2008. – № 11. – С. 76-79.

59. Разновидности коморбидных нарушений у детей с ЗПР / Е. В. Бочкина, М. М. Дороничева, Н. Н. Шатилова [и др] // Психология Психотехника. – 2022. – № 4. – С. 1-13.

60. Романчук О. И. Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей / О. И. Романчук. – Москва : Генезис. – 2010. – 336 с. – ISBN 978-5-98563-204-0.

61. Селиванова Ю. В. Психолого-педагогические технологии работы с обучающимися, имеющими задержку психического развития: Учебное пособие / Ю. В. Селиванова, О. В. Соловьева – Саратов: ИЦ «Наука», 2019. – 102 с. – ISBN 978-5-9999-3279-2.

62. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей: учебное пособие / Е. Б. Романцова, И. Н. Молчанова, Э. Л. Чупак [и др] – Благовещенск, 2009. – 21 с.

63. Сиротюк А. Л. Нейропсихологическое и психофизиологическое сопровождение обучения / А.Л. Сиротюк. – Москва : ТЦ Сфера, 2003. – 288 с. ISBN 5-89144-303-1.

64. Сиротюк А. Л. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью. Диагностика, коррекция и практические рекомендации родителям и педагогам / А. Л. Сиротюк. – Москва : ТЦ Сфера, 2008. – 128 с. – ISBN 978-5-9949-0083-3.

65. Слепович Е. С. Формирование речи у дошкольников с задержкой психического развития : книга для учителей и преподавателей / Е. С. Слепович. – Минск : Педагогика, 1989. – 64 с. – ISBN 5-341-00224-5.

66. Специальная дошкольная педагогика: учебник для студ. учреждений высш. проф. образования / Е. Р. Баенская, Т. А. Басилова, А. Л. Венгер [и др] ; под ред. Е. А. Стребелевой. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва : Издательский центр «Академия», 2013. – 352 с. – (сер. Бакалавриат). – ISBN 978-5-7695-6543-4.

67. Специальная психология: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / В. И. Лубовский, Т. В. Розанова, Л. И. Солнцева [и др]; Под ред. В. И. Лубовского. – 2-е изд., испр. – Москва : Издательский центр «Академия», 2005. – 464 с. – ISBN 5-7695-0550-8.
68. Стрекалова Т. А. Формирование логического мышления у дошкольников с задержкой психического развития: дис. ... канд. психол. наук : 19.00.10 / Т. А. Стрекалова. – Москва , 1982. – 166 с.
69. Сухарева Г. Е. Лекции по психиатрии детского возраста : избр. главы / Г. Е. Сухарева. – Москва : Медицина, 1974. – 320 с.
70. Ульenkова У. В. Организация и содержание специальной психологической помощи детям с проблемами в развитии : учеб. пособие для студентов вузов / У. В. Ульenkова, О. В. Лебедева. – 2-е изд., испр. – Москва : Академия, 2005. – 173 с. – (Высшее профессиональное образование. Педагогические специальности). – ISBN 5-7695-1944-4.
71. Ульenkова У. В. Шестилетние дети с задержкой психического развития / У. В. Ульenkова. – Москва : Педагогика, 2010 – 180 с.
72. Уэндер П., Шейдер Р. Психиатрия / Под ред. Р. Шейдера; Пер. с англ. – Москва : Практика, 1998. – 485 с.
73. Халецкая О. В. Минимальная дисфункция мозга в детском возрасте / О. В. Халецкая, В. Д. Трошин. – Нижний Новгород, 1995. – 36 с.
74. Цветков А. В. Гиперактивный ребенок: развиваем саморегуляцию / А. В. Цветков. – Москва : Издательство «Спорт и Культура – 2000», 2012. - 104 с. – ISBN 978-5-91775-085-9.
75. Чистякова М. И. Психогимнастика / Под ред. М. И. Буянова. — 2-е изд. – Москва : Просвещение: ВЛАДОС, 1995. – 160 с: ил. – ISBN 5-09-006683-3.
76. Чутко Л. С. Клиническая гетерогенность синдрома дефицита внимания / Л. С. Чутко, С. Ю. Сурушкина // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова – 2008; № 8. – С. 123—131.

77. Шевченко С. Г. Коррекционно-развивающее обучение : Организационно-педагогические аспекты: учебно-методическое пособие / С. Г. Шевченко. – Москва : Владос, 2021. – 131 с. – ISBN 5-691-00295-3.

78. Эльконин Д. Б. Детская психология: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Д. Б. Эльконин; ред.-сост. Б. Д. Эльконин. – 4-е изд., стер. – Москва : Издательский центр «Академия», 2007. – 384 с. – ISBN 978-5-7695-4068-4.

79. Ясюкова Л. А. Оптимизация обучения и развития детей с ММД. Диагностика и компенсация ММД / Л. А. Ясюкова. – Санкт-Петербург : Иматон, 2001. – 84 с. – ISBN 5-7822-0004-9.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Диагностические критерии СДВГ (DSM-V)

Таблица 1.1 – Диагностические критерии СДВГ (DSM-V)

№ п/п	Измерение	Признак
1	I. Нарушения внимания.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ребенок не может сосредоточиться, делает много ошибок из – за невнимательности. 2. Ему трудно поддерживать внимание при выполнении заданий или во время игр. 3. Легко отвлекается на посторонние стимулы. 4. Не может до конца закончить поставленную задачу. 5. Слушает, но, кажется, не слышит. 6. Избегает выполнения задач, требующих постоянного внимания. 7. Плохо организован. 8. Часто теряет личные вещи, необходимые в школе и дома (карандаши, книги, рабочие инструменты, игрушки). 9. Забывчив.
2	II. Гиперактивность/импульсивность	<p><i>Гиперактивность:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ребенок суетлив. 2. Не способен усидеть на одном месте. 3. Много, но нецеленаправленно двигается (бегает, крутится, ерзает на своем месте). 4. Не может тихо, спокойно играть или заниматься чем – либо на досуге. 5. Всегда нацелен на движение, ведет себя как “perpetuum mobile”. 6. Болтлив. <p><i>Импульсивность:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Часто начинает отвечать, не подумав и даже не дослушав вопрос. 8. С трудом дожидается своей очереди в различных ситуациях. 9. В разговоре часто прерывает, мешает (пристает) окружающим.

Для постановки диагноза необходимо присутствие 6 из 9 критериев в каждом измерении. При наличии повышенной невнимательности (присутствия 6 и более признаков из I измерения) и при частичном соответствии критериям гиперактивности и импульсивности используется диагностическая формулировка «синдром дефицита внимания с преобладанием нарушений внимания». При наличии повышенной реактивности и импульсивности (т.е. 6 и более признаков из II измерения) и при частичном соответствии критериям нарушений внимания используется диагностическая формулировка «синдром дефицита

внимания с преобладанием гиперактивности и импульсивности». В случае полного соответствия клинической картины одновременно всем перечисленным в таблице критериям ставится диагноз «сочетанная форма СДВГ».

При диагностике необходимо также обратить внимание на то, что симптомы расстройства должны:

- 1) появиться до 12 лет;
- 2) наблюдаться не менее 6 месяцев в двух и более сферах деятельности ребенка (дом, школа, контакты с друзьями или родственниками, другие виды деятельности);
- 3) симптомы не могут быть связаны исключительно с течением другого заболевания;
- 4) должны вызывать значительный психологический дискомфорт и дезадаптацию.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Анкета для родителей (И. П. Брызгунов, Е. В. Касатикова)

Появились у ребенка в возрасте до 7 лет следующие признаки, наблюдались ли они более 6 месяцев? Принимается только «Да» (1 балл) или «Нет» (0 баллов).

Если общее число баллов 8 и более, вам необходимо показать ребенка специалисту.

Таблица 2.1 – Анкета для родителей (И. П. Брызгунов, Е. В. Касатикова)

№ п/п	Признак	Баллы
1	Суетливые движения руками и ногами или, сидя на стуле, извивается	
2	С трудом остается на стуле при выполнении каких-либо занятий	
3	Легко отвлекается на посторонние стимулы	
4	С трудом ожидает очереди для вступления в игру	
5	Отвечает на вопросы, подумав и раньше, чем вопрос закончен	
6	С трудом исполняет инструкции других	
7	С трудом удерживает внимание при выполнении заданий или в игровых ситуациях	
8	Часто переключается с одного незаконченного дела на другое	
9	Во время игр беспокоен	
10	Часто чрезмерно разговорчив	
11	В разговоре часто прерывает, навязывает свое мнение, в детских играх часто является "мишенью"	
12	Часто кажется, что не слышит, что сказано ему или ей.	
13	Часто теряет предметы и вещи, необходимые для работы дома или в группе (игрушки, карандаши, книги и др.)	
14	Игнорирует физическую опасность и возможные последствия (например, бежит по улице "без оглядки")	
15	Общее число баллов	

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Анкета для педагогов (И. П. Брызгунов, Е. В. Касатикова)

В анкете для педагога (И. П. Брызгунов, Е. В. Касатикова) необходимо отметить в какой степени выражены нижеперечисленные признаки у ребенка?

Проставьте соответствующие цифры:

0 – отсутствие признака,

1 – присутствует в незначительной степени,

2 – присутствует в умеренной степени,

3 – присутствует в выраженной степени.

Если результат 11 и более баллов для девочек и 15 и более для мальчиков, вам необходимо показать ребенка специалисту.

Таблица 3.1 – Анкета для педагогов (И. П. Брызгунов, Е. В. Касатикова)

№	Признак	Баллы
1	Беспокоен, извивается как уж	
2	Беспокоен, не может оставаться на одном месте	
3	Требования ребенка должны выполняться немедленно	
4	Задевает, беспокоит других детей	
5	Возбудимый, импульсивный	
6	Легко отвлекается, удерживает внимание на короткий период времени	
7	Не заканчивает работу, которую начинает	
8	Поведение ребенка требует повышенное внимание учителя	
9	Не старателен в учебе	
10	Демонстративен в поведении (истеричен, плаксив)	
11	Общее число баллов	

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

Методика «Домик» (Н. И. Гуткина)

Материал: картинка, изображающая домик (рисунок 4.1), лист А4, простой карандаш.

Инструкция: «Перед тобой лежит лист бумаги и карандаш. На этом листе нарисуй пожалуйста, точно такую же картинку, которую ты видишь на этом рисунке (перед ребенком кладется листок – «Домик»). Не торопись, будь внимательным, постарайся, чтобы твой рисунок был точно такой же, как этот на образце. Если ты что-то не так нарисуешь, то стирать не надо, а надо поверх неправильного или рядом нарисовать правильно. Тебе понятно задание? Тогда начинай рисовать». По окончании работы ребенку предлагается проверить, все ли у него верно.

Обработка результатов производится путем подсчета баллов, начисляемых за ошибки. Безошибочное копирование оценивается в 0 баллов.

Ошибками считаются:

1. Отсутствие каких-либо деталей рисунка (4 балла).
2. Увеличение отдельных деталей рисунка более чем в 2 раза (3 балла).
3. Неправильно изображенный элемент рисунка (2 балла).
4. Неправильное расположение деталей в пространстве рисунка (1 балл).
5. Отклонение прямых линий более чем на 30 градусов от заданного направления (1 балл).
6. Разрывы между линиями в тех местах, где они должны быть соединены (1 балл за каждый разрыв).
7. Залезание линий одна на другую (1 балл за каждое залезание).

При анализе рисунка так же надо обращать внимание на характер линий, которые могут говорить как о развитии мелкой моторики, так и о личностных особенностях ребенка. Хорошее выполнение рисунка

оценивается как «0» баллов. Таким образом, чем хуже выполнено задание, тем выше полученная испытуемым суммарная оценка. Но при интерпретации результатов эксперимента необходимо учитывать возраст испытуемого. Так, дети 5 лет почти не получают оценку «0» из-за недостаточной зрелости мозговых структур, отвечающих за сенсомоторную координацию.

Таблица 4.1 – Форма протокола методики «Домик» (Н. И. Гуткина)

№ п/п	Баллы	Ошибки	Выполнение
1	2	3	4
1	0	Нет	
2	4	Отсутствует какая-либо деталь: - правая половина забора - левая половина забора - дым - труба на крыше - крыша - штриховка на крыше - окно - линия основания домика	
3	3	Увеличение отдельных деталей рисунка более чем в 2 раза (за каждую деталь)	
4	2	Неправильно изображенный элемент рисунка Количество неважно.	
5	1	Неправильное расположение деталей в пространстве рисунка: - забор не на одной линии с домом - смещение трубы к левому углу крыши - смещение окна в сторону от центра - расположение дыма более чем на 30 градусов отклоняется от горизонтальной линии - основание крыши по размеру соответствует основанию домика, а не превышает его	
6	1	Отклонение прямых линий более чем на 30 градусов от заданного направления	
7	1	Разрывы между линиями в тех местах, где они должны быть соединены (1 балл за каждый разрыв) Если линии штриховки крыши не доходят до линии крыши (1 балл за штриховку в целом)	
8	1	Залезание линий одна на другую (1 балл за каждое залезание)	
9		Сумма баллов	



Рисунок 4.1 – Стимульный материал методики «Домик» (Н. И. Гуткина)

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

Тест самоконтроля и произвольности (А. Л. Сиротюк)

Тест самоконтроля и произвольности (А. Л. Сиротюк) предназначен для определения наличия умений оценивать и контролировать себя старшими дошкольниками.

Ребенку предлагается рассмотреть по очереди четыре картинки и описать изображенные на них ситуации, предлагая свои варианты решения проблем.

Если ребенок объясняет, что причины неудачи в скамейке, качелях, горке, краске, т.е. неудачи не зависят от персонажей, то он еще не умеет оценивать себя и контролировать свои действия.

Если ребенок видит причину неудач в самом герое и предлагает потренироваться, подрасти, позвать на помощь, значит у него развиты навыки самоконтроля и самооценки.

Если ребенок видит причины неудач и в герое, и в объекте, то это может говорить о хорошей способности к разностороннему анализу ситуации.



Рисунок 5.1 – Стимульный материал теста самоконтроля и произвольности
(А. Л. Сиротюк)

ПРИЛОЖЕНИЕ 6

Проба на реципрокную координацию (А. Р. Лурия)

Ход выполнения: исследователь кладет на стол обе кисти, одна из которых сжата в кулак, а у другой распрямлены пальцы. Затем, не меняя местоположения рук на столе, обследователь одновременно одну кисть разжимает, а другую сжимает в кулак. После нескольких показов предлагается ребенку выполнять такие же движения вместе. С 5 лет после нескольких сопряженных движений ребенок может выполнять пробу на реципрокную координацию самостоятельно.

Таблица 6.1 – Форма протокола пробы на реципрокную координацию (А. Р. Лурия)

№ п/п	Балл	Проба	Выполнение
1	0	Плавные двуручные движения	
2	0,5 Один из симптомов	- замедленное вхождение в задание - неполное сжатие и распрямление ладони - замедленное, напряженное, но координированное выполнение	
3	1 Несколько симптомов одновременно	- замедленное вхождение в задание - неполное сжатие и распрямление ладони - замедленное, напряженное, но координированное выполнение	
4	1,5	Отставание одной руки или поочередное выполнение с координацией после указания на ошибку	
5	2	Отставание одной руки или поочередное выполнение с неполной координацией после указания на ошибку	
6	3	Невозможность выполнения данной пробы, симметричное выполнение (уподобление)	

ПРИЛОЖЕНИЕ 7

Индивидуальные показатели СДВГ по DSM-V детей старшего дошкольного возраста с ЗПР, проявляющие в своем поведении признаки гиперактивности на констатирующем этапе

Если у испытуемого отмечается присутствие показателя, в графе ставится «плюс», отсутствие – «минус». Для постановки заключения СДВГ необходимо присутствие 6 из 9 критериев в каждом измерении.

Таблица 7.1 – Индивидуальные показатели СДВГ по DSM-V детей старшего дошкольного возраста с ЗПР, проявляющие в своем поведении признаки гиперактивности на констатирующем этапе

№ п/п	Измерение	Признак	Обучающиеся						
			Алиса	Макар	Матвей	Данил	Иван	Илья	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
1	I. Нарушения внимания	1. Ребенок не может сосредоточиться, делает много ошибок из-за невнимательности	+	+	+	+	+	+	+
		2. Ему трудно поддерживать внимание при выполнении заданий или во время игр	+	+	+	+	+	+	+
		3. Легко отвлекается на посторонние стимулы	-	-	+	+	+	+	+
		4. Не может до конца закончить поставленную задачу	+	+	+	+	+	+	+
		5. Слушает, но, кажется, не слышит	-	-	+	+	+	+	+
		6. Избегает выполнения задач, требующих постоянного внимания	+	+	+	+	+	+	+
		7. Плохо организован	+	+	+	+	+	+	+
		8. Часто теряет личные вещи, необходимые в школе и дома (карандаши, книги, рабочие инструменты, игрушки)	-	-	-	-	+	+	-
		9. Забывчив	-	-	-	+	+	+	+
2	Количество баллов		5	5	7	8	9	8	

Продолжение таблицы 7.1

1	2	3	4	5	6	7	8	9
3	II. Гиперактивность / импульсивность	<i>Гиперактивность:</i> 1. Ребенок суетлив	+	+	+	+	+	+
		2. Не способен усидеть на одном месте	-	+	+	+	+	-
		3. Много, но нецеленаправленно двигается (бегает, крутится, ерзает на своем месте)	-	-	+	+	+	-
		4. Не может тихо, спокойно играть или заниматься чем-либо на досуге	+	+	+	+	+	+
		5. Всегда нацелен на движение, ведет себя как "perpetuummobile"	-	-	+	+	+	-
		6. Болтлив	+	+	+	+	+	+
		<i>Импульсивность:</i> 7. Часто начинает отвечать, не подумав и даже не дослушав вопрос	+	+	+	+	+	+
		8. С трудом дожидается своей очереди в различных ситуациях	+	+	+	+	+	+
		9. В разговоре часто прерывает, мешает (пристает) окружающим	+	+	+	+	+	+
4	Количество баллов		6	7	9	9	9	6

ПРИЛОЖЕНИЕ 8

Уровень выраженности гиперактивности детей старшего дошкольного
возраста с ЗПР, проявляющие в своем поведении признаки
гиперактивности по результатам анкетирования родителей
(И. П. Брызгунов, Е. В. Касатикова) на констатирующем этапе

Таблица 8.1 – Уровень выраженности гиперактивности детей старшего дошкольного возраста с ЗПР, проявляющие в своем поведении признаки гиперактивности по результатам анкетирования родителей на констатирующем этапе

№ п/п	Признак	Обучающиеся					
		Алиса	Макар	Матвей	Данил	Иван	Илья
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Суежливые движения руками и ногами или, сидя на стуле, извивается	0	0	0	1	1	1
2	С трудом остается на стуле при выполнении каких-либо занятий	0	0	1	1	1	1
3	Легко отвлекается на посторонние стимулы	1	1	1	1	1	1
4	С трудом ожидает очереди для вступления в игру	1	1	1	1	1	1
5	Отвечает на вопросы, подумав и раньше, чем вопрос закончен	1	1	1	1	1	1
6	С трудом исполняет инструкции других	0	0	0	0	1	0
7	С трудом удерживает внимание при выполнении заданий или в игровых ситуациях.	0	0	1	1	1	1
8	Часто переключается с одного незаконченного дела на другое.	1	1	1	1	1	1
9	Во время игр беспокоен.	1	1	1	1	1	1
10	Часто чрезмерно разговорчив.	1	1	1	1	1	1
11	В разговоре часто прерывает, навязывает свое мнение, в детских играх часто является "мишенью".	1	1	1	1	1	1
12	Часто кажется, что не слышит, что сказано ему или ей.	1	1	1	1	1	1
13	Часто теряет предметы и вещи, необходимые для работы дома или в группе (игрушки, карандаши, книги и др.).	0	0	0	0	1	0
14	Игнорирует физическую опасность и возможные последствия (например, бежит по улице «без оглядки»)	0	0	0	0	1	0
15	Общее число баллов	8	8	10	11	14	11

ПРИЛОЖЕНИЕ 9

Уровень выраженности гиперактивности детей старшего дошкольного
возраста с ЗПР, проявляющие в своем поведении признаки
гиперактивности по результатам анкетирования педагогов
(И. П. Брызгунов, Е. В. Касатикова) на констатирующем этапе

Таблица 9.1 – Уровень выраженности гиперактивности детей старшего дошкольного возраста с ЗПР, проявляющие в своем поведении признаки гиперактивности по результатам анкетирования педагогов на констатирующем этапе

№ п/п	Признак	Обучающиеся					
		Алиса	Макар	Матвей	Данил	Иван	Илья
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Беспокоен, извивается как уж	0	0	0	2	3	1
2	Беспокоен, не может оставаться на одном месте	0	0	1	1	3	1
3	Требования ребенка должны выполняться немедленно	1	1	1	1	1	1
4	Задевает, беспокоит других детей	1	2	1	1	2	2
5	Возбудимый, импульсивный	1	2	3	2	3	1
6	Легко отвлекается, удерживает внимание на короткий период времени	2	3	3	3	3	3
7	Не заканчивает работу, которую начинает	3	3	3	3	3	3
8	Поведение ребенка требует повышенное внимание учителя	2	3	3	3	3	2
9	Не старателен в учебе	2	3	3	3	3	3
10	Демонстративен в поведении (истеричен, плаксив)	0	1	0	1	2	1
11	Общее число баллов	12	17	18	20	26	19

ПРИЛОЖЕНИЕ 10

Уровень внимания детей старшего дошкольного возраста с ЗПР,
проявляющие в своем поведении признаки гиперактивности по
результатам методики «Домик» (Н. И. Гуткина) на констатирующем этапе

Таблица 10.1 – Уровень внимания детей старшего дошкольного возраста с ЗПР, проявляющие в своем поведении признаки гиперактивности по результатам методики «Домик» (Н. И. Гуткина) на констатирующем этапе

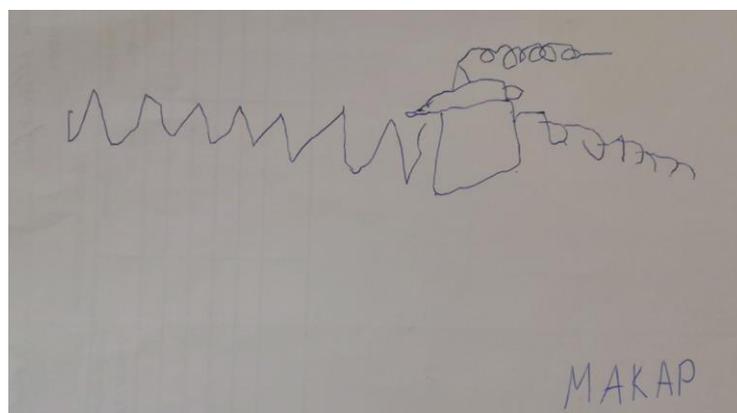
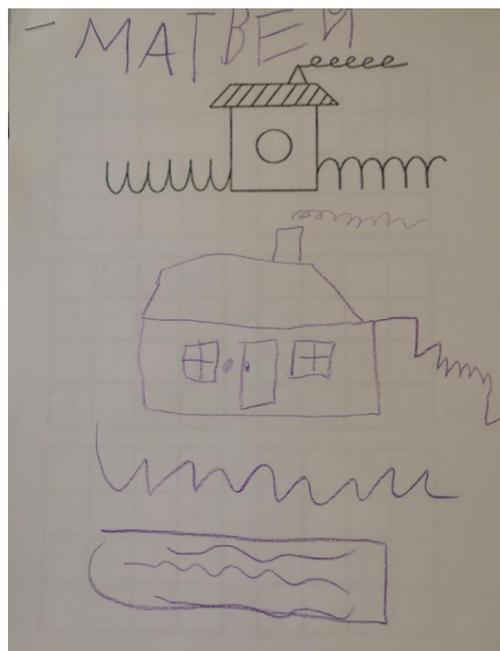
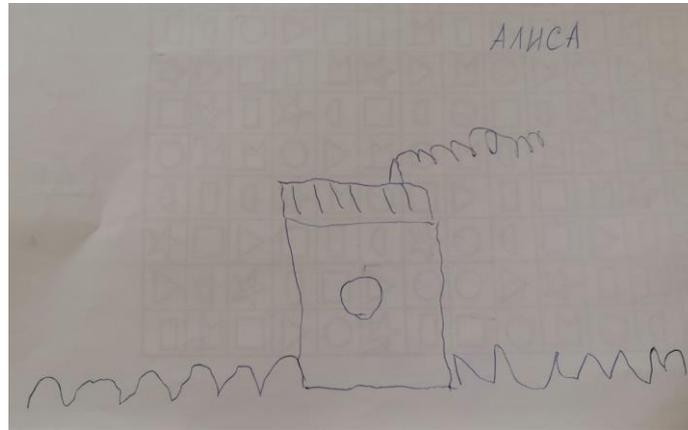
№ п/п	Баллы	Ошибки	Обучающиеся					
			Алиса	Макар	Матвей	Данил	Иван	Илья
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	0	Нет						
2	4	Отсутствует какая-либо деталь: - правая половина забора, - левая половина забора, - дым, - труба на крыше, - крыша, - штриховка на крыше, - окно, - линия основания домика	0	4	4	4	4	4
3	3	Увеличение отдельных деталей рисунка более чем в 2 раза (за каждую деталь)	0	0	3	0	3	0
4	2	Неправильно изображенный элемент рисунка Количество неважно.	2	2	2	2	2	2
5	1	Неправильное расположение деталей в пространстве рисунка: - забор не на одной линии с домом - смещение трубы к левому углу крыши - смещение окна в сторону от центра - расположение дыма более чем на 30 градусов отклоняется от горизонтальной линии - основание крыши по размеру соответствует основанию домика, а не превышает его	0	1	1	1	1	1

Продолжение таблицы 10.1

<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>
6	1	Отклонение прямых линий более чем на 30 градусов от заданного направления	0	0	1	1	1	0
7	1	Разрывы между линиями в тех местах, где они должны быть соединены (1 балл за каждый разрыв) Если линии штриховки крыши не доходят до линии крыши (1 балл за штриховку в целом)	3	2	3	3	4	2
8	1	Залезание линий одна на другую (1 балл за каждое залезание)	0	2	0	2	2	0
9	Сумма баллов		5	11	14	13	17	9

ПРИЛОЖЕНИЕ 11

Рисунки детей при выполнении диагностической методики «Домик» (Н. И. Гуткина) на констатирующем этапе



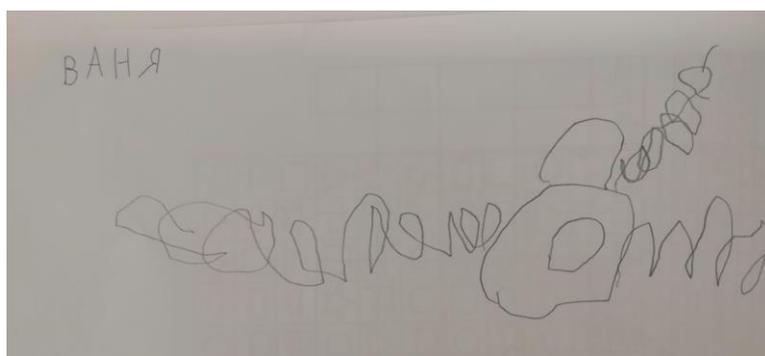
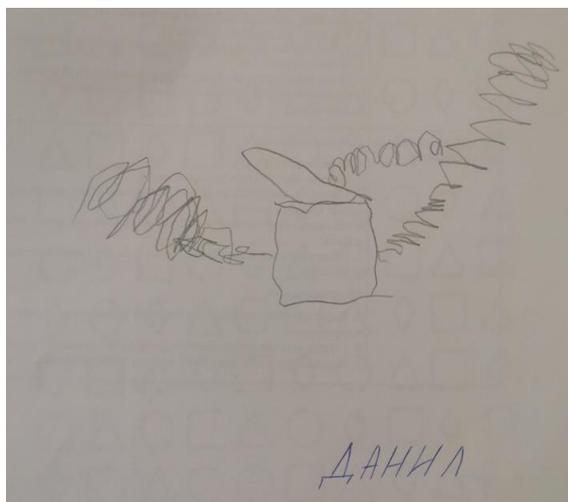


Рисунок 11.1 – Рисунки детей при выполнении диагностической методики «Домик» (Н. И. Гуткина) на констатирующем этапе

ПРИЛОЖЕНИЕ 12

Качественный анализ результатов проведения теста самоконтроля и произвольности (А. Л. Сиротюк) на констатирующем этапе

Таблица 12.1 – Качественный анализ результатов проведения теста самоконтроля и произвольности (А. Л. Сиротюк) на констатирующем этапе

№ п/п	Имя ребенка	Результат на констатирующем этапе	Интерпретация результатов
1	2	3	4
1	Алиса	1 картинка: «Мальчик упал со скамейки». Причину падения увидела в том, что мальчик прыгнул на скамейку, а скамейка была сломанная, поэтому он и упал. Решение – спокойно садиться на скамейку и смотреть куда садишься.	Навыки самоконтроля и произвольности на среднем уровне.
		2 картинка: «Девочка падает с качелей». Причину проблемы увидела в том, что девочка слишком сильно раскачалась и упала. Решение – не раскачиваться сильно или попросить взрослых покачать ее.	
		3 картинка: «Мальчик пролил воду на свой рисунок». Причину проблемы увидела в том, что мальчик случайно задел банку рукой и пролил воду на рисунок. Решение – быть аккуратнее.	
		4 картинка: «Девочка упала с санок». Причину проблемы увидела в том, что девочка упала, потому что при скатывании с горки перестала держаться за санки, а горка была слишком высокая. Решение – выбирать горки поменьше и крепко держаться руками за санки.	
2	Макар	1 картинка: «Мальчик упал со стула». Причину падения мальчика со стула увидел в том, что мальчик сел на край стула. Решение – садится на середину стула.	Навыки самоконтроля и произвольности на среднем уровне.
		2 картинка: «Девочка пытается залезть на качели». Причину проблемы увидел в том, что девочка маленькая, а качели слишком большие для нее, в связи с чем она не может залезть на них. Решение – найти качели поменьше.	
		3 картинка: «Мальчик залил картину водой». Причину проблемы увидела в том, что мальчик случайно задел банку рукой и пролил воду на рисунок. Решение – ставить стакан в другое место.	
		4 картинка: «Девочка падает». Причину проблемы увидела в том, что девочка споткнулась о санки и упала. Решение – смотреть под ноги.	
3	Матвей	1 картинка: «Мальчик упал со стула». Причину падения мальчика со стула увидел в том, что мальчик качался на стуле и сломал его. Решение – не качаться на стуле, сидеть спокойно.	Навыки самоконтроля и произвольности на низком уровне.
		2 картинка: «Девочка и качели». Проблему не увидел, решил, что девочка просто лезет на качели, чтобы покачаться.	
		3 картинка: «Мальчику залили рисунок водой». Причину проблемы увидел в том, что кто-то проходил мимо и случайно уронил стаканчик с водой на его рисунок. Решение не предложил.	

Продолжение таблицы 12.1

1	2	3	4
		4 картинка: «Девочка падает». Причину проблемы увидел в том, что горка была неровная, поэтому девочка и упала с санок. Решение – не кататься с горки.	
4	Данил	1 картинка. Картинку описал так: «Мальчик падает со стула». Причину падения мальчика со стула видит в том, что мальчик сел на край стула. Решение – садится в середину стула. 2 картинка: «Девочка хочет залезть на качели». Проблемы на картинке не увидел. 3 картинка: «Мальчик рисует». Причину проблемы увидел в том, что мальчик задел банку с водой, когда рисовал. Решение – ставить банку с водой подальше от руки. 4 картинка: «Девочка падает с санок». Причину падения девочки с санок видит в том, что девочка села на край санок, поэтому они перевернулись. Решение – на санки нужно ложиться или садится в середину, когда катишься на них с горки.	Навыки самоконтроля и произвольности низком уровне.
5	Иван	1 картинка: «Мальчик падает со стула». Причину падения мальчика со стула видит в том, что мальчик баловался на стуле, поэтому и упал. Решение – на стуле сидеть спокойно. 2 картинка: «Девочка хочет залезть на качели». Причину увидел в том, что качели слишком высокие. Решение – найти другие качали. 3 картинка: «Мальчик залил картину водой». Причину проблемы увидел в том, что банка стояла на неровной поверхности, поэтому и перевернулась. Решение не предложил. 4 картинка: «Девочка падает с санок». Причину падения девочки с санок видит в том, что девочка сильно разогналась, поэтому и упала. Решение не предложил.	Навыки самоконтроля и произвольности на низком уровне.
6	Илья	1 картинка: «Мальчик упал со стула». Причину падения мальчика со стула увидел в том, что мальчик качался на стуле и сломал его. Решение – не качаться на стуле, сидеть аккуратно. 2 картинка: «Девочка пытается залезть на качели». Причину проблемы увидел в том, что качели слишком большие для девочки, в связи с чем она не может залезть на них. Решение – попросить помощи у взрослых. 3 картинка: «Мальчик облил картину краской». Причину проблемы увидел в том, что банка стояла у мальчика под рукой, и тот ее по неаккуратности толкнул ее. Решение – ставить банку с краской в другое место и быть аккуратнее. 4 картинка. Картинку описал так: «Девочка падает». Причину проблемы увидел в том, что девочка споткнулась о санки и упала. Решение – смотреть под ноги.	Навыки самоконтроля и произвольности на среднем уровне.

ПРИЛОЖЕНИЕ 13

Уровень сформированности координации движения детей старшего дошкольного возраста с ЗПР, проявляющие в своем поведении признаки гиперактивности по результатам пробы на реципрокную координацию (А. Р. Лурия) на констатирующем этапе

Таблица 13.1 – Уровень сформированности координации движения детей старшего дошкольного возраста с ЗПР, проявляющие в своем поведении признаки гиперактивности по результатам пробы на реципрокную координацию (А. Р. Лурия) на констатирующем этапе

№ п/п	Балл	Проба	Обучающиеся						
			Алиса	Макар	Матвей	Данил	Иван	Илья	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
1	0	Плавные двуручные движения							
2	0,5 Один из симптомов	- замедленное вхождение в задание - неполное сжимание и распрямление ладони - замедленное, напряженное, но координированное выполнение							
3	1 Несколько симптомов одновременно	- замедленное вхождение в задание - неполное сжимание и распрямление ладони - замедленное, напряженное, но координированное выполнение	1	1	1	1	1	1	1
4	1,5	Отставание одной руки или поочередное выполнение с координацией после указания на ошибку	1,5	1,5	1,5	1,5			
5	2	Отставание одной руки или поочередное выполнение с неполной координацией после указания на ошибку					2	2	
6	3	Невозможность выполнения данной пробы, симметричное выполнение (уподобление)							
7	Итого:		2,5	2,5	2,5	2,5	3	3	

ПРИЛОЖЕНИЕ 14

Индивидуальные показатели СДВГ по DSM-V детей старшего дошкольного возраста с ЗПР, проявляющие в своем поведении признаки гиперактивности на контрольном этапе

Таблица 14.1 – Индивидуальные показатели СДВГ по DSM-V детей старшего дошкольного возраста с ЗПР, проявляющие в своем поведении признаки гиперактивности на контрольном этапе

№ п/п	Измерение	Признак	Обучающиеся					
			Алиса	Макар	Матвей	Данил	Иван	Илья
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Нарушения внимания	1. Ребенок не может сосредоточиться, делает много ошибок из-за невнимательности	+	+	+	+	+	+
		2. Ему трудно поддерживать внимание при выполнении заданий или во время игр	+	+	+	+	+	+
		3. Легко отвлекается на посторонние стимулы	-	-	+	+	+	+
		4. Не может до конца закончить поставленную задачу	-	-	+	+	+	+
		5. Слушает, но, кажется, не слышит.	-	-	-	-	-	-
		6. Избегает выполнения задач, требующих постоянного внимания	+	+	+	+	+	+
		7. Плохо организован	-	-	-	-	-	-
		8. Часто теряет личные вещи, необходимые в школе и дома (карандаши, книги, рабочие инструменты, игрушки)	-	-	-	-	+	-
		9. Забывчив	-	-	-	+	+	+
2	Количество баллов		3	3	5	6	7	6

Продолжение таблицы 14.1

1	2	3	4	5	6	7	8	9
3	II. Гиперактивность / Импульсивность	<i>Гиперактивность:</i> 1. Ребенок суетлив	+	+	+	+	+	-
		2. Не способен усидеть на одном месте	-	-	-	-	-	-
		3. Много, но нецеленаправленно двигается (бегает, крутится, ерзает на своем месте)	-	-	-	+	+	-
		4. Не может тихо, спокойно играть или заниматься чем-либо на досуге	-	+	+	+	+	+
		5. Всегда нацелен на движение, ведет себя как “perpetuummobile”	-	-	-	-	-	-
		6. Болтлив	+	+	+	+	+	+
		<i>Импульсивность:</i> 7. Часто начинает отвечать, не подумав и даже не дослушав вопрос	+	+	+	+	+	+
		8. С трудом дожидается своей очереди в различных ситуациях	-	-	+	-	-	-
		9. В разговоре часто прерывает, мешает (пристает) окружающим	+	+	+	+	+	+
4	Количество баллов		4	5	6	6	6	4

ПРИЛОЖЕНИЕ 15

Уровень выраженности гиперактивности детей старшего дошкольного
возраста с ЗПР, проявляющие в своем поведении признаки
гиперактивности по результатам анкетирования родителей
(И. П. Брызгунов, Е. В. Касатикова) на контрольном этапе

Таблица 15.1 – Уровень выраженности гиперактивности детей старшего дошкольного возраста с ЗПР, проявляющие в своем поведении признаки гиперактивности по результатам анкетирования родителей на контрольном этапе

№ п/п	Признак	Обучающиеся					
		Алиса	Макар	Матвей	Данил	Иван	Илья
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Суебливые движения руками и ногами или, сидя на стуле, извивается	0	0	0	0	0	0
2	С трудом остается на стуле при выполнении каких-либо занятий	0	0	0	0	0	0
3	Легко отвлекается на посторонние стимулы	0	0	1	1	1	0
4	С трудом ожидает очереди для вступления в игру	0	0	1	1	1	1
5	Отвечает на вопросы, не подумав и раньше, чем вопрос закончен	1	1	1	1	1	1
6	С трудом исполняет инструкции других	0	0	0	0	1	0
7	С трудом удерживает внимание при выполнении заданий или в игровых ситуациях.	0	0	1	1	1	1
8	Часто переключается с одного незаконченного дела на другое.	1	1	1	1	1	1
9	Во время игр беспокоен.	0	1	1	1	1	1
10	Часто чрезмерно разговорчив.	1	1	1	1	1	1
11	В разговоре часто прерывает, навязывает свое мнение, в детских играх часто является "мишенью".	1	1	1	1	1	1
12	Часто кажется, что не слышит, что сказано ему или ей.	1	1	1	1	1	1
13	Часто теряет предметы и вещи, необходимые для работы дома или в группе (игрушки, карандаши, книги и др.).	0	0	0	0	0	0
14	Игнорирует физическую опасность и возможные последствия (например, бежит по улице "без оглядки")	0	0	0	0	0	0
15	Общее число баллов	5	6	9	9	10	8

ПРИЛОЖЕНИЕ 16

Уровень выраженности гиперактивности детей старшего дошкольного
возраста с ЗПР, проявляющие в своем поведении признаки
гиперактивности по результатам анкетирования педагогов
(И. П. Брызгунов, Е. В. Касатикова) на контрольном этапе

Таблица 16.1 – Уровень выраженности гиперактивности детей старшего дошкольного возраста с ЗПР, проявляющие в своем поведении признаки гиперактивности по результатам анкетирования педагогов на контрольном этапе

№ п/п	Признак	Обучающиеся					
		Алиса	Макар	Матвей	Данил	Иван	Илья
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>
1	Беспокоен, извивается как уж	0	0	0	1	1	0
2	Беспокоен, не может оставаться на одном месте	0	0	1	0	2	1
3	Требования ребенка должны выполняться немедленно	1	1	1	1	1	1
4	Задевает, беспокоит других детей	1	1	1	1	1	1
5	Возбудимый, импульсивный	1	2	2	2	2	1
6	Легко отвлекается, удерживает внимание на короткий период времени	1	2	2	2	3	2
7	Не заканчивает работу, которую начинает	2	2	2	2	3	2
8	Поведение ребенка требует повышенное внимание учителя	1	3	3	3	3	2
9	Не старателен в учебе	1	3	3	3	3	3
10	Демонстративен в поведении (истеричен, плаксив)	0	0	0	0	0	0
11	Общее число баллов	8	14	15	15	20	13

ПРИЛОЖЕНИЕ 17

Динамика уровня внимания у детей старшего дошкольного возраста с ЗПР,
проявляющие в своем поведении признаки гиперактивности по методике
«Домик» (Н. И. Гуткина) на контрольном этапе

Таблица 17.1 – Динамика уровня внимания у детей старшего дошкольного возраста с ЗПР, проявляющие в своем поведении признаки гиперактивности по методике «Домик» (Н. И. Гуткина) на контрольном этапе

№ п/п	Балл	Ошибки	Обучающиеся					
			Алиса	Макар	Матвей	Данил	Иван	Илья
1	2	3	4	5	6	7	8	9
2	0	Нет						
3	4	Отсутствует какая-либо деталь: - правая половина забора - левая половина забора - дым - труба на крыше - крыша - штриховка на крыше - окно - линия основания домика	0	4	4	4	4	4
4	3	Увеличение отдельных деталей рисунка более чем в 2 раза (за каждую деталь)	0	0	3	0	3	0
5	2	Неправильно изображенный элемент рисунка Количество неважно.	2	2	2	2	2	2
6	1	Неправильное расположение деталей в пространстве рисунка: - Забор не на одной линии с домом - Смещение трубы к левому углу крыши - Смещение окна в сторону от центра - Расположение дыма более чем на 30 градусов отклоняется от горизонтальной линии - Основание крыши по размеру соответствует основанию домика, а не превышает его	0	1	1	1	1	1

Продолжение таблицы 17.1

<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>
7	1	Отклонение прямых линий более чем на 30 градусов от заданного направления	0	0	0	1	0	0
8	1	Разрывы между линиями в тех местах, где они должны быть соединены (1 балл за каждый разрыв) Если линии штриховки крыши не доходят до линии крыши (1 балл за штриховку в целом)	1	2	2	1	2	1
9	1	Залезание линий одна на другую (1 балл за каждое залезание)	0	1	0	1	1	0
10		Сумма баллов	3	10	12	10	13	8

ПРИЛОЖЕНИЕ 18

Качественный анализ результатов проведения теста самоконтроля и произвольности (А. Л. Сиротюк) на контрольном этапе

Таблица 18.1 – Качественный анализ результатов проведения теста самоконтроля и произвольности (А. Л. Сиротюк) на контрольном этапе

№ п/п	Имя ребенка	Результат на констатирующем этапе	Интерпретация результатов
1	2	3	4
1	Алиса	1 картинка: «Мальчик упал со скамейки». Причину падения увидела в том, что мальчик прыгнул на скамейку, а скамейка была сломанная, поэтому он и упал. Решение – спокойно садиться на скамейку и смотреть куда садишься.	Навыки самоконтроля и произвольности на среднем уровне
		2 картинка: «Девочка падает с качелей». Причину проблемы увидела в том, что девочка слишком сильно раскачалась и упала. Решение – не раскачиваться сильно или попросить взрослых покачать ее.	
		3 картинка: «Мальчик пролил воду на свой рисунок». Причину проблемы увидел в том, что банка стояла у мальчика под рукой, и тот ее по неаккуратности толкнул. Решение – ставить банку с краской в другое место и смотреть, чтобы под руки ничего не попадало и взять чистый листочек для нового рисунка.	
		4 картинка: «Девочка упала с санок». Причину проблемы увидела в том, что девочка упала, потому что при скатывании с горки перестала держаться за санки, а горка была слишком высокая. Решение – выбирать горки поменьше и крепко держаться руками за санки.	
2	Макар	1 картинка: «Мальчик упал со стула». Причину падения мальчика со стула увидел в том, что мальчик сел на край стула. Решение – садится на середину стула.	Навыки самоконтроля и произвольности на среднем уровне
		2 картинка: «Девочка пытается залезть на качели». Причину проблемы увидел в том, что девочка маленькая, а качели слишком большие для нее, в связи с чем она не может залезть на них. Решение – найти качели поменьше.	
		3 картинка: «Мальчик залил картину водой». Причину проблемы увидел в том, что в банке слишком много было налито воды и мальчик случайно задел ее рукой. Решение – мальчику ставить стакан в другое место, нарисовать новый рисунок.	
		4 картинка: «Девочка падает». Причину проблемы увидела в том, что девочка споткнулась о санки и упала. Решение – смотреть под ноги.	
3	Матвей	1 картинка: «Мальчик упал со стула». Причину падения мальчика со стула увидел в том, что мальчик качался на стуле и сломал его. Решение – не качаться на стуле, сидеть спокойно.	Навыки самоконтроля и произвольности на среднем уровне
		2 картинка: «Девочка и качели». Причину проблемы увидел в том, что девочка маленькая, поэтому не может залезть на качели. Решение – попросить взрослых ей помочь залезть на качели.	

Продолжение таблицы 18.1

1	2	3	4
		<p>3 картинка: «Мальчику залили рисунок водой». Причину проблемы увидел в том, что мальчик задел банку с водой, когда рисовал. Решение – ставить банку с водой подальше от руки.</p> <p>4 картинка: «Девочка падает». Причину проблемы увидел в том, что девочка не держалась за санки при скатывании с горки. Решение – держаться на санки, когда катаешься.</p>	
4	Данил	<p>1 картинка. Картинку описал так: «Мальчик падает со стула». Причину падения мальчика со стула видит в том, что мальчик сел на край стула. Решение – садится в середину стула.</p> <p>2 картинка: «Девочка хочет залезть на качели». Проблемы на картинке не увидел.</p> <p>3 картинка: «Мальчик рисует». Причину проблемы увидел в том, что мальчик задел банку с водой, когда рисовал. Решение – ставить банку с водой подальше от руки.</p> <p>4 картинка: «Девочка падает с санок». Причину падения девочки с санок видит в том, что девочка села на край санок, поэтому они перевернулись. Решение – на санки нужно ложится или садится в середину, когда катишься на них с горки.</p>	Навыки самоконтроля и произвольности низком уровне.
5	Иван	<p>1 картинка: «Мальчик падает со стула». Причину падения мальчика со стула видит в том, что мальчик баловался на стуле, поэтому и упал. Решение – на стуле сидеть спокойно.</p> <p>2 картинка: «Девочка хочет залезть на качели». Причину увидел в том, что качели слишком высокие. Решение – найти другие качали.</p> <p>3 картинка: «Мальчик залил картину водой». Причину проблемы увидел в том, что банка стояла на неровной поверхности, поэтому и перевернулась. Решение не предложил.</p> <p>4 картинка: «Девочка падает с санок». Причину падения девочки с санок видит в том, что девочка сильно разогналась, поэтому и упала. Решение не предложил.</p>	Навыки самоконтроля и произвольности на низком уровне.
6	Илья	<p>1 картинка: «Мальчик упал со стула». Причину падения мальчика со стула увидел в том, что мальчик качался на стуле и сломал его. Решение – не качаться на стуле, сидеть аккуратно.</p> <p>2 картинка: «Девочка пытается залезть на качели». Причину проблемы увидел в том, что качели слишком большие для девочки, в связи с чем она не может залезть на них. Решение – попросить помощи у взрослых.</p> <p>3 картинка: «Мальчик облил картину краской». Причину проблемы увидел в том, что банка стояла у мальчика под рукой, и тот ее по неаккуратности толкнул ее. Решение – ставить банку с краской в другое место и быть аккуратнее.</p> <p>4 картинка. Картинку описал так: «Девочка падает». Причину проблемы увидел в том, что девочка споткнулась о санки и упала. Решение – смотреть под ноги.</p>	Навыки самоконтроля и произвольности на среднем уровне.

ПРИЛОЖЕНИЕ 19

Уровень сформированности координации движения детей старшего дошкольного возраста с ЗПР, проявляющие в своем поведении признаки гиперактивности по результатам пробы на реципрокную координацию

(А. Р. Лурия) на контрольном этапе

Таблица 19.1 – Уровень сформированности координации движения детей старшего дошкольного возраста с ЗПР, проявляющие в своем поведении признаки гиперактивности по результатам пробы на реципрокную координацию (А. Р. Лурия) на контрольном этапе

№ п/п	Балл	Проба	Обучающиеся					
			Алиса	Макар	Матвей	Данил	Иван	Илья
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	0	Плавные двуручные движения						
2	0,5 Один из симптомов	- Замедленное вхождение в задание - неполное сжатие и распрямление ладони - замедленное, напряженное, но координированное выполнение	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
3	1 Несколько симптомов одновременно	- Замедленное вхождение в задание - неполное сжатие и распрямление ладони - замедленное, напряженное, но координированное выполнение						
4	1,5	Отставание одной руки или поочередное выполнение с координацией после указания на ошибку	1,5	1,5	1,5	1,5		
5	2	Отставание одной руки или поочередное выполнение с неполной координацией после указания на ошибку					2	2
6	3	Невозможность выполнения данной пробы, симметричное выполнение (уподобление)						
7	Итого:		2	2	2	2	2,5	2,5

ПРИЛОЖЕНИЕ 20

Сравнительный анализ результатов на констатирующем и контрольном этапах исследования

Таблица 20.1 – Сравнительный анализ результатов на констатирующем и контрольном этапах исследования

№ п/п	Имя ребенка	Констатирующий этап исследования				Контрольный этап исследования			
		Двигательная активность Наблюдение за ребенком (по DSM-V). Анкеты для родителей и педагогов (И. П. Брызгунов, Е. В. Касатикова)	Внимание Методика «Домик» (Н. И. Гуткина)	Самоконтроль и произвольность Тест самоконтроля и произвольности (А. Л. Сиротюк)	Координация движений Проба на реципрокную координацию (А. Р. Лурия)	Двигательная активность Наблюдение за ребенком (по DSM-V). Анкеты для родителей и педагогов (И. П. Брызгунов, Е. В. Касатикова)	Внимание Методика «Домик» (Н. И. Гуткина)	Самоконтроль и произвольность Тест самоконтроля и произвольности (А. Л. Сиротюк)	Координация движений Проба на реципрокную координацию (А. Р. Лурия)
1	Алиса	СДВГ с преобладанием гиперактивности и импульсивности	Низкий уровень	Средний уровень	Низкий уровень	СДВГ не выявлено	Средний уровень	Средний уровень	Средний уровень
2	Макар	СДВГ с преобладанием гиперактивности и импульсивности	Низкий уровень	Средний уровень	Низкий уровень	СДВГ не выявлено	Средний уровень	Средний уровень	Средний уровень
3	Матвей	Смешанная форма СДВГ	Низкий уровень	Низкий уровень	Низкий уровень	СДВГ с преобладанием гиперактивности и импульсивности	Средний уровень	Средний уровень	Средний уровень
4	Данил	Смешанная форма СДВГ	Низкий уровень	Низкий уровень	Низкий уровень	Смешанная форма СДВГ	Средний уровень	Низкий уровень	Средний уровень
5	Иван	Смешанная форма СДВГ	Низкий уровень	Низкий уровень	Низкий уровень	Смешанная форма СДВГ	Средний уровень	Низкий уровень	Низкий уровень
6	Илья	Смешанная форма СДВГ	Низкий уровень	Средний уровень	Низкий уровень	СДВГ с преобладанием нарушений внимания	Средний уровень	Средний уровень	Средний уровень