



МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«ЮЖНО-УРАЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ГУМАНИТАРНО-
ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
(ФГБОУ ВО «ЮУрГГПУ»)

ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ
КАФЕДРА ПОДГОТОВКИ ПЕДАГОГОВ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ И
ПРЕДМЕТНЫХ МЕТОДИК

**Коррекция синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей старшего
дошкольного возраста с задержкой психического развития**

**Выпускная квалификационная работа по направлению
44.04.03 Специальное (дефектологическое) образование
Направленность программы магистратуры
«Психолого-педагогическая реабилитация лиц с ограниченными возможностями
здоровья»
Форма обучения заочная**

Проверка на объем заимствований:

76,75 % авторского текста

Работа рекомендована к защите

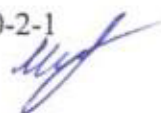
«__» _____ 2026 г.

Зав. кафедрой ЛППО и ПМ

 Корнеева Н.Ю.


Выполнил:

Студент группы ЗФ-309-170-2-1

Мехедова Елена Юрьевна 

Научный руководитель:

д. пед. наук., профессор

Савченков Алексей Викторович 

Челябинск

2026

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ КОРРЕКЦИИ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ	11
1.1 Синдром дефицита внимания и гиперактивности как психолого-педагогическая проблема	12
1.2 Особенности когнитивных нарушений у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития.....	24
1.3 Методы коррекции синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития.	35
Выводы по первой главе.....	45
ГЛАВА 2 ОПЫТНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА ПО КОРРЕКЦИИ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ	48
2.1 Анализ когнитивных нарушений у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития.....	48
2.2 Методика коррекции синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития	61
2.3 Эффективность использования методики коррекции синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития.....	71
Выводы по второй главе.....	75
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	77
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	82

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью встречается у детей часто, о чем свидетельствуют исследования, проведенные в различных странах. Это одна из форм минимальных мозговых дисфункций, снижающая не только качество познавательных процессов ребенка, но и приводящая к нарушению эмоционально-волевой сферы, нарушению межличностных отношений с близкими людьми и сверстниками, проявлению школьной дезадаптации

Высокая двигательная активность, в силу психофизиологических причин, свойственна всем детям в дошкольном возрасте. Но в отдельных случаях она достигает патологической степени выраженности. Повышенная двигательная активность является симптомом нарушения психической деятельности ребёнка при различных нарушениях развития и чаще всего - последствием раннего органического поражения ЦНС. Хотя этот синдром называют гипердинамическим, то есть синдромом повышенной двигательной активности, основным дефектом в его структуре является дефект внимания.

Синдром дефицита внимания и гиперактивности – представляет собой неврологическо-поведенческое расстройство развития, начинающееся в детском возрасте и проявляющееся такими симптомами, как трудности концентрации и поддержания внимания, нарушениями обучения и памяти, гиперактивность и плохо управляемая импульсивность, а также сложностями обработки экзогенной и эндогенной информации и стимулов. Это наиболее распространенное психоневрологическое расстройство среди детей и подростков, встречается примерно у 5 % детского населения и чаще диагностируется у пациентов мужского, чем женского пола в соотношении 2:1. Хотя данный синдром долго рассматривался как расстройство детского возраста, результаты исследований подтвердили, что примерно у 50 %

пациентов симптомы, претерпевая определенную трансформацию, продолжают отмечаться, когда они становятся взрослыми.

В связи с увеличением количества детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью появилась острая необходимость разработки новых методологических подходов и практических средств, призванных повысить эффективность воспитания и обучения детей с данным синдромом. Диагностика свойств внимания и поведенческих характеристик таких детей чрезвычайно затруднена в силу особенностей их психического, моторно-двигательного, речевого развития, а также социальных предпосылок, не благоприятствующих адекватному формированию ребенка.

В нашем исследовании участвуют дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивности и с задержкой психического развития.

Под задержкой психического развития в специальной психологии понимается нарушение или замедление темпа психического развития в сравнении с нормативными показателями для данной возрастной категории.

Этот термин используется для обозначения широкой группы разнородных нарушений психического развития (дизонтогений).

Возможность объединять задержки психического развития разных типов и различной этиологии в единую категорию обусловлена тем фактом, что все эти дизонтогении имеют определённые, специфичные для данной категории нарушения, сходства проявлений в познавательной деятельности и эмоционально-волевой сфере.

Данные о задержках психического развития, содержащиеся в специальной литературе, позволяют охарактеризовать эту категорию дефектов психического развития с позиции значимости особенностей ЗПР для проведения психолого-педагогической диагностики и последующей разработки программ коррекционно-развивающего воздействия.

Клинический аспект задержек психического развития заключается в наличии широкого спектра разнообразных интеллектуальных расстройств, обусловленных недоразвитием у детей познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы или их сочетанием.

С точки зрения возрастной нормы, дети с ЗПР находятся как бы на более раннем в хронологическом плане этапе онтогенеза, которому свойственны незрелость отдельных параметров интеллектуальной и эмоционально-волевой сфер. Наряду с ограниченностью знаний и представлений об окружающем мире, несформированностью навыков интеллектуальной деятельности, имеет место более или менее значительная незрелость поведенческих реакций.

Абсолютно все варианты ЗПР сопряжены со снижением темпов развития детей и их обучаемости, неполноценностью (в сравнении с возрастными нормами) осуществления детьми познавательной деятельности. Однако каждый из вариантов ЗПР имеет собственную, отличную от других клинико-психологическую структуру и психолого-педагогический прогноз дальнейшего развития.

Обобщённые психологические характеристики детей с ЗПР обнаруживаются у многих авторов. В контексте настоящего исследования эти обобщённые характеристики представляют значительный интерес в виду необходимости понимания того, каким образом следует организовывать инклюзивную образовательную среду для таких детей.

Психические процессы и функции являются основными компонентами структуры познавательной деятельности детей. В виду того, что познавательная деятельность – целостная система, недостаточность любой из входящих в эту систему функций негативным образом сказывается на полноценности познавательной деятельности в целом.

Общие особенности познавательной деятельности детей с ЗПР заключаются в низкой мотивации и познавательной активности, в

недостаточной целенаправленности и организованности познавательной деятельности, в импульсивности действий и соответствующем ей большом количестве допускаемых ошибок, а также в выраженной истощаемости.

Анализ психолого-педагогических исследований по заявленной проблеме позволил нам выявить **противоречия** между:

– пристальным интересом специалистов к специфике развития детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности, задержкой психического развития и организации целенаправленной помощи им и недостаточным владением педагогами и психологами методами и приемами оказания этой помощи;

– необходимостью целенаправленной работы по коррекции синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития недостаточностью необходимых технологий и методов для реализации этого процесса.

На основании выявленных противоречий сформулирована **проблема** исследования: каковы же методы, обеспечивающие эффективность коррекции синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития? А также **тема** диссертации: «Коррекция синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития».

Цель исследования: теоретически обосновать, разработать и апробировать методику коррекции синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития.

Объект исследования: когнитивные нарушения у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития.

Предмет исследования: методы коррекции синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития.

Гипотеза исследования: Коррекция синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития будет проходить более успешно при использовании разработанной методики коррекции синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей данной категории.

Задачи исследования:

1. Раскрыть понятие «синдром дефицита внимания и гиперактивности»;
2. Выявить особенности когнитивных нарушений у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития;
3. Рассмотреть методы коррекции синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития;
4. Провести диагностику уровня когнитивного развития детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития;
5. Разработать и апробировать методику коррекции синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития.

Теоретико-методологическая основа исследования:

- 1) теория деятельности: деятельностный подход (А.Н. Леонтьев, С.Л. Рубинштейн);
- 2) положения об основных закономерностях психического развития, в том числе в старшем дошкольном возрасте (Л.С. Выготский, Л.С. Мухина, Д.Б. Эльконин);
- 3) нейропсихологический подход (Т.В. Ахутина, Н.Н. Корсакова, А.В. Семенович, Н.Я. Семаго, М.М. Семаго, О.Н. Усанова, Л.С. Цветкова и др.);

- 4) теория формирования гиперактивности как следствия дефицита внимания у детей (Н.Н. Заваденко, Л.С. Чутко, О. Маланцева и др.);
- 5) положения об особенностях психолого-педагогической работы с гиперактивными детьми (О.А. Брылева, В.П. Кащенко, Г.Ю. Моница);
- 6) положения об особенностях воспитания и обучения детей старшего дошкольного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (А.К. Мазина, А.П. Анисимова и др.).

Положения, выносимые на защиту:

1. У детей старшего дошкольного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивности и задержкой психического развития нарушено когнитивное развитие.

2. Использование разработанной методики коррекции синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития позволяет повысить уровень когнитивного развития детей данной категории.

Научная новизна. Выявлен низкий уровень когнитивного развития у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития, проявляющийся в неустойчивом внимании, неусидчивости, медленном запоминании и быстром забывании.

С учетом выявленных нарушений разработана методика коррекции синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития.

Теоретическая значимость исследования определяется тем, что результаты позволяют расширить и углубить научные представления об особенностях когнитивных нарушений у детей старшего дошкольного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивности, об особенностях работы по коррекции синдрома дефицита внимания

и гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития.

Практическая значимость исследования заключается в разработке методики коррекции синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития. Материалы исследования могут быть использованы педагогами, психологами, дефектологами и другими специалистами при работе с детьми с синдромом дефицита внимания и гиперактивности, с задержкой психического развития.

Для решения поставленных задач исследования использовался комплекс следующих **методов** исследования:

- 1) теоретические: анализ психолого-педагогической литературы и методической литературы, интерпретация, обобщение опыта педагогической деятельности по проблеме коррекции когнитивных нарушений у детей старшего дошкольного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивности;
- 2) эмпирические: психолого-педагогический эксперимент (констатирующий, формирующий, контрольный этапы), беседа, наблюдение;
- 3) методы количественной и качественной обработки данных.

Экспериментальная база исследования: Волховский комплексный центр социального обслуживания населения «Береника» (г. Волхов, Ленинградская область).

Этапы экспериментальной работы. Исследование проводилось в 4 этапа:

1 этап (декабрь 2023 г. – февраль 2024 г.). На этом этапе проанализированы основные положения научной психолого-педагогической и методической литературы по проблеме коррекции

синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития.

2 этап (март 2024 г. - май 2024 г.). На этом этапе была произведена экспериментальная работа по выявлению уровня когнитивного развития детей старшего дошкольного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивности.

3 этап (сентябрь 2024 г. - май 2025 г.). Была разработана и реализована методика коррекции синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития.

4 этап (май 2025 г. – ноябрь 2025 г.). На данном этапе была проведена повторная диагностика уровня когнитивного развития детей старшего дошкольного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивности; проанализированы и обобщены полученные данные экспериментальной работы, произведено текстовое оформление материалов исследования, сформулированы выводы.

Апробация результатов исследования. Результаты исследования представлены на научно-практических конференциях, проходящих в Профессионально-педагогическом институте Южно-Уральского государственного гуманитарно-педагогического университета: IV международной педагогической конференции «Профессия, что всем дает начало: Роль педагога в современном образовании» (Посвящается Году семьи), (25 марта – 2 апреля 2024); V Международной педагогической конференции «Профессия, что всем дает начало: Роль педагога в современном образовании» (Челябинск) (4 марта 2025 г.).

Материалы исследования отражены в публикациях.

Структура работы: работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка использованных источников. Основная часть работы изложена на 82 страницах, в число которых входит 4 рисунка и 2 таблицы. Список использованных источников содержит 65 наименования.

**ГЛАВА 1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ КОРРЕКЦИИ СИНДРОМА
ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ У ДЕТЕЙ**

СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

1.1 Синдром дефицита внимания и гиперактивности как психолого-педагогическая проблема

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (далее – СДВГ) встречается у детей часто, о чем свидетельствуют исследования, проведенные в различных странах.

Анализ литературы выявил широкую вариабельность данных по распространенности СДВГ: в США эти цифры колеблются от 4 до 13%, в Великобритании – 1-3%, Германии – 9-18%, Италии – 3-10%, Чехословакии – 2-12%, Китае – 1-13%, в России – 15-28%. Подобные различия объясняются несоблюдением четких критериев диагноза.

Синдром дефицита внимания и гиперактивности – это одна из форм минимальных мозговых дисфункций, снижающая не только качество познавательных процессов ребенка, но и приводящая к нарушению эмоционально-волевой сферы, нарушению межличностных отношений с близкими людьми и сверстниками, проявлению школьной дезадаптации.

В рамках СДВГ различают три взаимосвязанных компонента:

1. Гиперактивность: повышенная возбудимость и активность, прежде всего двигательная. В плане мелкой моторики гиперактивность влечет за собой нарушения тонкой двигательной координации и двигательного торможения, что, в свою очередь, выражается в проблемах с письмом и почерком. Однако в перечень нарушений моторики при СДВГ включают не только плохой почерк, но и осуществление последовательности быстро сменяющих друг друга движений, соблюдение их пространственных и временных характеристик и т.д.

2. Импульсивность: ребенок нетерпелив, непредсказуем, склонен действовать, не подумав. В выполнении двигательных заданий для такого ребенка затруднительно удержаться от движения, которое должно быть задержано на некоторое время, и препятствовать осуществлению реакций, которые не относятся к поставленной задаче, но которые ребенку по той или иной причине хочется осуществить.

3. Невнимательность: даже если у ребенка дошкольного возраста нормальный или высокий интеллект, он плохо учится – совершает множество ошибок. Помимо ошибок по невниманию, для таких детей характерна отвлекаемость. Дети с СДВГ больше страдают от повышения умственной нагрузки в ходе выполнения заданий, чем группа нормы. Например, когда ребенок должен переписать текст или решить арифметическую задачу, параллельно пытаясь добиться правильного удержания ручки в руке, он не может не испытывать дополнительных затруднений, которые разрушают его деятельность в большей степени, чем у детей группы нормы [43].

Синдром дефицита внимания и гиперактивности – представляет собой неврологическо-поведенческое расстройство развития (дисфункция ЦНС, преимущественно ретикулярной формации ГМ), начинающееся в детском возрасте и проявляющееся такими симптомами, как трудности концентрации и поддержания внимания, нарушениями обучения и памяти, гиперактивность и плохо управляемая импульсивность, а также сложностями обработки экзогенной и эндогенной информации и стимулов. Это наиболее распространенное психоневрологическое расстройство среди детей и подростков, встречается примерно у 5 % детского населения и чаще диагностируется у пациентов мужского, чем женского пола в соотношении 2:1 [12].

Хотя СДВГ долго рассматривалось как расстройство детского возраста, результаты исследований подтвердили, что примерно у 50 %

пациентов симптомы СДВГ, претерпевая определенную трансформацию, продолжают отмечаться, когда они становятся взрослыми [8; 10; 14].

Таким образом, во многих случаях СДВГ характеризуется длительным течением. Часто симптомы СДВГ отмечаются начиная с 3-4-летнего возраста. Прежде всего это относится к гиперактивности и импульсивности.

Обычно гиперактивность становится первым проявлением СДВГ, по поводу которого родители ребенка впервые обращаются к специалистам. В школьные годы становятся очевидными нарушения внимания. Кроме того, по сравнению с ровесниками, дети с СДВГ плохо себя ведут и слабо учатся в школе. К подростковому периоду исчезают яркие проявления гиперактивности, но становятся очевидными отсутствие самостоятельности, неспособность работать без посторонней помощи, низкая успеваемость в школе, частые конфликты с окружающими, плохие взаимоотношения со сверстниками, тревожность и низкая самооценка.

Большое значение в развитии СДВГ имеет нарушение онтогенеза.

Перинатальные факторы риска развития СДВГ включают: употребление матерью во время беременности алкоголя, некоторых лекарственных препаратов, курение, осложненное течение родов у матери, асфиксию новорожденных, низкая масса тела при рождении ребенка (меньше 1500 г) и недоношенность, различные заболевания в постнатальном периоде (энцефалит, черепно-мозговые травмы) [1].

Основываясь на инструментальных исследованиях, В.М. Трошин выделил несколько клинических вариантов расстройства: со стволовой, корковой и корково-стволовой дизрегуляцией. В каждом случае наблюдается своя картина дизонтогенеза. По клиническим признакам, это деление сходно с симптоматической классификацией подтипов СДВГ – с преобладанием гиперактивности и импульсивности, с преобладанием

нарушений внимания, с сочетанными нарушениями внимания и гиперактивностью [22].

Существенную роль в развитии СДВГ играют генетические механизмы [60; 75]. Значительная часть больных с СДВГ страдает гиперкинетическим синдромом разной степени выраженности, в основе чего лежат мутации, локализованные в 11-й хромосоме [22].

Идентифицирован ряд аллелей, связанных с синдромом гиперактивности, которые тесно связаны с другой серией аллелей генов, ответственных за возникновение алкоголизма, депрессии и синдрома Туретта. Кроме того, исследованные аллели являются ответственными за дефицит дофамина в стволовых структурах мозга. СДВГ детерминируется мутациями генов, регулирующих дофаминовый обмен: гена допаминовых D1-, D2, D4- и D5-рецепторов, а также гена, ответственного за транспорт дофамина (DAT1) [44; 52].

Обсуждается гипотеза, что носителями мутантного гена являются дети с наиболее выраженной гиперактивностью. Нарушение поведения при СДВГ связано с дефицитом управляющих функций. В публикациях отечественных авторов этому понятию соответствуют функции регуляции, программирования и контроля психических процессов. Контроль над управляющими функциями осуществляется при помощи нервных путей между фронтальной корой и базальными ганглиями, которые иннервируются допаминовыми нейронами из среднего мозга. Многие управляющие функции имеют отношение к фронтальной области и подлежащим областям (орбитофронтальной коре).

Орбитофронтальная зона имеет обширные связи с амигдалоидным комплексом и другими структурами лимбической системы, которые отвечают за эмоциональное состояние и мотивацию, организуют контроль за эмоциональным поведением через лимбическую систему и нисходящие вегетативные и двигательные тракты [14].

В ряде исследований у детей с СДВГ, по сравнению с контрольной группой, было выявлено уменьшение объема передней правой лобной области, левого хвостатого ядра и области бледного шара. Обнаружено также уменьшение размеров мозжечка у пациентов с СДВГ, что согласуется с последними данными о том, что мозжечок играет большую роль в обеспечении управляющих функций. В целом, показано, что у детей с СДВГ объем головного мозга меньше на 3% [32].

При позитронно-эмиссионная томография выявлено уменьшение метаболизма глюкозы в базальных ганглиях и в некоторых случаях в лобной коре. Исследования кровоснабжения продемонстрировали снижение метаболической активности в мезиальных фронтальных областях [55] и в правой лобно-стриарной системе у детей с СДВГ, а также сокращение кровотока в префронтальных долях, в процессе выполнения интеллектуальных задач. Выявленные структурные отклонения как раз и являются морфологическим субстратом для возникновения легкой церебральной патологии, наблюдаемой у детей с СДВГ [51].

Одна из последних гипотез происхождения СДВГ – нарушение метаболизма нейромедиаторов в центральной нервной системе, которые модулируют основные высшие психические функции, что обуславливает возникновение различных невропсихических расстройств.

Исследования последних 20 лет показали большое значение дофамина, адреналина, серотонина и норадреналина на функцию префронтальной коры, которая исключительно чувствительна к нейрохимическому окружению, а данные нейромедиаторы могут значительно влиять на поддержание префронтальной коры в режимах «offline» или «online».

Было установлено, что глутаматергические префронтально-стриарные пути участвуют в генезе СДВГ. С помощью одно-фотонной магниторезонансной спектроскопии, было выявлено повышение

концентрации глутамата и креатина в области стриатума, что свидетельствует о креатин-глутаматергической дисрегуляции при СДВГ [30]. Считается, что допаминергическая система играет модулирующую роль в процессе внимания, в то время как контроль импульсивности осуществляется в большей мере серотонинергической системой [32].

При помощи ПЭТ было подтверждено нарушение дофаминового обмена при СДВГ. Исследования смеченой флуоридом (18F) показали снижение уровня ее накопления в префронтальной коре и одномоментное повышение в среднем мозге справа. В нескольких исследованиях (по данным одно-фотонной эмиссионной компьютерной томографии) было показано повышение плотности дофаминового транспортера (DAT) в стриатуме детей и взрослых с СДВГ.

В 1986 году А.И. Заметкиным была выдвинута гипотеза, что основой повышения порога восприятия корковых структур может быть снижение активности стволовой ретикулярной формации и некоторых других базальных образований, которые активируются норадреналином. Снижение выброса норадреналина в структурах переднего мозга (особенно в левом полушарии), ретикулярной формации ствола мозга, мозжечке и некоторых других структурах мозга, было подтверждено результатами ПЭТ у пациентов с СДВГ [14].

В пользу катехоламиновой концепции патогенеза говорит и тот факт, что симптомы СДВГ уже более полувека успешно лечатся психостимуляторами, являющимися агонистами катехоламина. Исследования последних лет показали, что психостимуляторы, (метилфенидат и амфетамин) увеличивают концентрацию эндогенно продуцируемого синаптического дофамина за счет ингибирования дофаминового транспортера (DAT), который переносит допамин к пресинаптическим нейронам [55].

Существуют и другие точки зрения в отношении происхождения рассматриваемого синдрома, в том числе его связи с психосоциальными факторами, негативным отношением к ребенку в семье и школе [3; 45]. Например, теория токсических веществ приписывает возникновение синдрома различным веществам (ароматизаторам, пищевым добавкам, салицилатам), а также чрезмерному потреблению сахара и сахарозы, содержанию свинца в организме. Подобные взгляды имеют право на существование, но нуждаются в дополнительных исследованиях.

В 2013 году опубликована новая версия диагностических критериев СДВГ в классификации DSM-V [12]. Если в DSM-IV [11] СДВГ был представлен в главе «Расстройства, обычно впервые диагностируемые в младенческом, детском и подростковом возрастах», то в DSM-V [12] название данной главы изменено на «Расстройства развития нервной системы».

В клинической картине СДВГ лидируют нарушения внимания (частота от 96% до 100%), повышенная двигательная активность (80% до 84%) и импульсивность (63-84%).

Согласно американскому руководству DSMIV (1994 год), диагностическими критериями СДВГ являются следующие особенности: дебют до 8 лет; изменения поведения обнаруживаются, по меньшей мере, в 2 сферах деятельности из следующих четырех: в школе, дома, в труде, в играх; изменения поведения не обусловлены психотическими, тревожными, аффективными, диссоциативными расстройствами, или психопатиями; изменения поведения и внимания вызывают значительный психологический дискомфорт и дезадаптацию; ребенок характеризуется чрезмерной невнимательностью, импульсивностью, гиперактивностью.

Нарушение внимания (по типу дефицита) определяется при сохранении не менее 6 месяцев как минимум 6 из ниже перечисленных признаков: неспособность выполнить задание без ошибок, вызванных

невозможностью сосредоточиться на деталях; неспособность доводить выполняемую работу до конца; неспособность вслушиваться в обращенную речь; неспособность организовать свою деятельность; избегание нелюбимой работы, требующей усидчивости; потери предметов, необходимых для выполнения заданий (книги, письменные принадлежности и т.д.); забывчивость в повседневной деятельности; отвлекаемость на посторонние стимулы [24].

Чрезмерная гиперактивность и импульсивность определяется при присутствии у ребенка (в течение 6 месяцев) не менее 4 из следующих симптомов: ребенок суетлив, не может сидеть спокойно; вскакивает с места без разрешения; бесцельно бегает, карабкается в неадекватных ситуациях; не может играть в тихие игры, отдыхать; выкрикивает ответ, не дослушав вопрос; не может дождаться своей очереди.

Согласно принципам классификации DSM-IV, в случаях полного соответствия наблюдаемой клинической картины перечисленным критериям нарушения внимания, чрезмерной гиперактивности и импульсивности одновременно за последние шесть месяцев ставится диагноз «сочетанной формы СДВГ» (СДВГ/ВГ). Если за последние 6 мес. отмечалось полное соответствие симптомов критериям нарушения внимания при частичном соответствии критериям чрезмерной гиперактивности и импульсивности, то ставится диагноз «СДВГ с преимущественными нарушениями внимания» (СДВГ/В). Если за последние 6 мес. отмечалось полное соответствие симптомов критериям чрезмерной гиперактивности и импульсивности при частичном их соответствии критериям нарушения внимания, то используется диагностическая формулировка «СДВГ с преобладанием гиперактивности и импульсивности» (СДВГ/Г) [2].

Указывается, что СДВГ избирателен. Ребенок может часами играть в компьютерные игры, смотреть телевизионные передачи или строить,

интересующие его, модели, но вместе с тем, отвергать занятия, в которых не видит для себя смысла.

Проявления СДВГ характеризуются определенной возрастной динамикой. Если в дошкольном возрасте у детей с СДВГ преобладают гиперактивность, двигательная расторможенность, моторная неловкость, непоседливость, отвлекаемость и могут наблюдаться нарушения развития речи, то у школьников с СДВГ на первый план выступают трудности в учебе и поведении [4].

Анализ специальной литературы показывает, что максимальный пик проявления симптомов СДВГ приходится на возраст 7-12 лет. Это совпадает с периодом наиболее активного становления мозговых структур и корково-подкорковых взаимосвязей.

До 12 лет происходит формирование систем мозга, отвечающих за мыслительную деятельность, внимание и память [21]. Появление симптомов СДВГ приходится, как правило, на период 3-4 лет, когда появляются проблемы контроля поведения [54; 52].

Три года – начало активного развития внимания, памяти и речи. В поведении детей этого возраста преобладают гиперактивность, двигательная расторможенность, моторная неловкость, рассеянность, повышенная утомляемость, инфантилизм, импульсивность. Форсированное увеличение нагрузок может привести не только к нарушениям поведения (в виде упрямства и непослушания), но и к отставанию в нервно-психическом развитии [28].

Второй критический период – возраст 6-7 лет. В это время происходит становление не только письменной речи, но и произвольного внимания, памяти, целенаправленного поведения и других высших психических функций. Систематические школьные нагрузки могут привести к срыву компенсаторных механизмов ЦНС и развитию дезадапционного школьного синдрома. Низкая устойчивость внимания у младших

школьников связана с недостаточностью активирующих влияний ретикулярной формации ствола мозга на префронтальную кору – центр внимания и рабочей памяти [54, 41].

К 10 годам, в результате корково-лимбического взаимодействия, совершенствуется система активации, ребёнок может управлять своим вниманием. Баланс межструктурного взаимодействия, установленный в 9-10 летнем возрасте, нарушается в пубертатном периоде вследствие усиления активности гипоталамических структур. Внешне это проявляется в подростковом негативизме и спаде успеваемости.

В период полового развития (13-15 лет), происходит гормональный «всплеск», что сопровождается «возвратом» уровня развития корковых центров к уровню дошкольного периода в силу возрастной активации гипоталамуса [3].

На завершающих этапах полового созревания восстанавливаются функциональные и адаптационные возможности ЦНС. Реактивность активационной системы приближается к зрелому типу, характеристики внимания возвращаются к дефинитивному уровню [21].

У детей старше 14 лет при СДВГ, в большинстве случаев, наблюдается улучшение клинической симптоматики: снижается гиперактивность, повышается самоконтроль и регуляция поведения, улучшается внимание. Под влиянием компенсаторных механизмов функции нарушенных структур возмещаются за счёт ненарушенных, например: слабое развитие памяти становится менее заметным за счёт развития мышления и речи [3].

Однако, при наличии вторичных расстройств, признаки заболевания сохраняются, что способствует более раннему развитию асоциального поведения: правонарушений, алкоголизма, наркомании.

В литературе описывается ряд способов диагностики невнимательности, импульсивности и гиперактивности при СДВГ:

оценочные шкалы, непосредственное наблюдение за поведением и лабораторные методики [36].

Неврологическая микросимптоматика – не редкость при данной патологии. Влияет ли эта микросимптоматика на результаты лечения и прогноз – неизвестно. Тем не менее, часто выявляются незначительные, но очевидные признаки пограничных нарушений – негрубые нарушения в координаторной сфере, в пробах на мелкую моторику у детей с СДВГ отмечаются гиперметрия, дизритмия, большое количество синкинезий в виде зеркальных движений, сопутствующих движений мышц лица, головы, туловища, конечностей, медленный темп выполнения последовательных движений, нарушения двигательных функций: атетоидные, хореоподобные и ригидные движения, тремор. У детей с СДВГ, в ряде случаев, выявляются отклонения в развитии высших психических функций, отвечающих за моторный контроль, саморегуляцию, внутреннюю речь, внимание и оперативную память. Нарушение управляющих функций, отвечающих за целенаправленную организацию деятельности, и ведёт к развитию синдрома [38].

Общественное поведение ребенка с СДВГ находится на более низких ступенях, чем это можно было ожидать от уровня его интеллектуального развития. В клинической практике чаще всего приходится встречаться с детской гиперактивностью и нарушением внимания, обусловленными СДВГ. Однако, помимо СДВГ, эти нарушения могут служить внешними признаками других состояний [36].

Дифференциальный диагноз СДВГ проводят с: индивидуальными особенностями темперамента, при котором развитие внимания и других когнитивных функций соответствует возрастной норме; неврозами и невротическими реакциями; церебрастеническим синдромом при соматических заболеваниях; резидуальными явлениями, при этом когнитивные и поведенческие нарушения имеют четкую связь с ЧМТ,

нейроинфекцией или интоксикацией, отличаются по своим проявлениям и возрастной динамике от СДВГ, обычно более выражены очаговые неврологические симптомы. Кроме того, СДВГ дифференцируют с заболеваниями щитовидной железы; а также с эпилепсией, когда гиперактивность и дефицит внимания чаще встречаются при локализационно обусловленных симптоматических формах эпилепсии и могут быть связаны с длительным приемом барбитуратов [33].

СДВГ могут мимикрировать психические расстройства, связанные с патохарактерологическим развитием, олигофренией, аутизмом, шизофренией, маниакально-депрессивным синдромом. СДВГ дифференцируют с синдромом Туретта, основным признаком которого являются множественные тики, включая вокальные; наследственными синдромами: Вильямса, Смита-Мажениса, Беквита-Видеманна, хрупкой Х-хромосомы, для которых характерно наличие умственной отсталости и фенотипических признаков.

На сегодняшний день диагноз СДВГ основывается на клинических данных, что субъективно [46]. Не вызывает сомнения потребность в разработке объективных методов диагностики СДВГ. Однако нейровизуализация еще не может быть использована в практике при большинстве клинических ситуаций. Данные ЭЭГ более доступны, но визуальный анализ нативной электроэнцефалографии (ЭЭГ) детей с СДВГ вызывает много споров. При ЭЭГ-исследовании были обнаружены различные отклонения от возрастной нормы: уменьшение бета-активности, незрелость альфа-ритма, чрезмерная медленно-волновая активность, что свидетельствует о задержке развития биоэлектрической активности головного мозга (так называемой «нейрофизиологической незрелости головного мозга»).

1.2 Особенности когнитивных нарушений у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития

Социальная ситуация развития в дошкольном возрасте характеризуется тем, что ребенок впервые выходит за рамки своего семейного мира и устанавливает отношение с миром взрослых и сверстников, именно в этом возрасте закладываются основы социального поведения человека, формируются его ценностные ориентации.

В этот период ребенок начинает посещать детский сад и ведет более самостоятельный образ жизни, проявляя себя в различных ситуациях и новых отношениях с референтными лицами (взрослые, группа сверстников). В результате недостатки в саморегуляции поведения становятся очевидными и являются в дальнейшем тревожным показателем в отношении школьной дезадаптации, как специфической формы активности субъекта.

По мнению ученых (А.М. Менжерицкий, Г.В. Карантыш, Л.П. Светицкая, R.A.Barkley и др.), в большинстве случаев, у детей с трудностями обучения и поведения наблюдаются незначительные субклинические расстройства функционирования центральной нервной системы, что наиболее часто способствует развитию синдрома дефицита внимания с гиперактивностью, основные признаки которого проявляются в виде не свойственной для нормального развития импульсивностью, повышенной моторной активностью, отвлекаемостью, невнимательностью[42].

Выделяя дошкольный возраст как важный возрастной рубеж в проявлении симптоматики СДВГ и рассматривая его как наиболее критический период детства, характеризующийся своеобразным «функциональным виражом», заключающемся одновременно в эволюционно-прогрессивных сдвигах и во временных функциональных потерях, связанных с состоянием нестабильности и дисбаланса в различных

системах мозга, целый ряд ученых (И.П. Брызгунов, А.Э. Лицева, Е.В. Касатикова, А.В. Миролубов, Т.Н. Осипенко, Э.Г. Симерницкая, И.А. Скворцов, С.В. Ярыгин и др.) подчеркивают, что ранняя диагностика и коррекция СДВГ должны быть ориентированы именно на дошкольный возраст, когда компенсаторские возможности мозга велики, и еще есть возможность предотвратить формирование стойких патологических проявлений.

Это мнение разделяют и В.И. Габдракипова, Э.Г. Эйдемиллер, отмечая, что «оптимальный возраст для постановки диагноза СДВГ – 4–5 лет, когда уже можно объективировать наличие расстройства внимания. Чем раньше будет выявлен СДВГ и начнется его коррекция, тем лучше» [3, с. 13]. Однако, как отмечают А.В. Батаршев, Н.Н. Заваденко, Е.К. Лютова, Г.Б. Моница, О.И. Политика, В.В. Столин и др., отечественные и зарубежные исследования в этой области, несмотря на ее высокую научную и практическую значимость, немногочисленны [31].

Исходя из трудов отечественных и зарубежных ученых можно сделать следующие выводы:

1. У каждого гиперактивного ребенка старшего дошкольного возраста наблюдаются нарушения в виде несформированности регулятивного компонента, проявляющегося в импульсивном и гиперактивном поведении. Полученные в ходе исследования данные подтверждают, что у детей экспериментальной и контрольной групп имеются серьезные проблемы в поведении, в умении общаться со сверстниками и взрослыми. Проведенные наблюдения за гиперактивными детьми и диагностики выявили ряд особенностей, характеризующих состояние поведения каждого ребенка в отдельности, которое необходимо учитывать при проведении коррекционной работы.

2. Наблюдается преобладание игровых интересов, однако в игровой деятельности и общении дети конфликтны, недостаточно критичны, поскольку в эмоционально-волевой сфере личности ребенка нарушены регулятивные процессы, вызывающие аффективное поведение.

Данные исследования указывают на необходимость целенаправленной коррекционной работы по развитию данного вида нарушения в поведении детей старшего дошкольного возраста. Однако проводимая работа нуждается в серьезном обогащении и обновлении, нахождении новых форм, методов, способов общения с детьми. Необходима разработка и внедрение системы работы, способствующей психокоррекции поведения ребенка старшего дошкольного возраста

Многие исследователи склонны рассматривать когнитивные нарушения при СДВГ как основную мишень для психотерапевтического воздействия [31].

Проблеме когнитивных расстройств при СДВГ посвящены по меньшей мере две сотни публикаций, подавляющее большинство из которых представлено в англоязычной литературе. Активно публикуются аналитические и метааналитические обзоры. Их основная цель - попытки выделить специфический профиль когнитивных нарушений при СДВГ. В ряде работ ставятся вопросы о роли когнитивных расстройств. Однако, основные проблемы в данной области нейропсихологической науки остаются нерешенными. Несмотря на значительную унифицированность клинических критериев диагностики СДВГ и используемых нейропсихологических парадигм, результаты в подобных исследованиях значительно варьируют. Не согласуются также новейшие данные, приводимые в обобщающих работах последних лет, с выдвигавшимися ранее и имевшими значительное влияние гипотезами о специфике когнитивных нарушений при СДВГ.

Когнитивные нарушения представляют собой актуальную проблему в детской неврологии и встречаются у 20% детей и подростков. Нарушение когнитивной деятельности ведет к трудностям в обучении, девиантному поведению, психоэмоциональным нарушениям и, как следствие, социальной дезадаптации и снижению качества жизни ребенка. В связи с этим, проблема нарушений когнитивного развития выходит за рамки медико-педагогических вопросов и приобретает социальное значение [10].

Под когнитивными функциями понимают наиболее сложные функции головного мозга, при помощи которых осуществляется процесс рационального познания мира и обеспечивается целенаправленное взаимодействие с ним. Данный процесс включает несколько основных компонентов, взаимодействующих между собой – восприятие информации, обработка и анализ информации, запоминание и хранение информации, обмен информацией, построение и осуществление программы действий. С каждым из этапов познавательной деятельности связана определенная когнитивная функция:

1. Восприятие (гнозис) – способность к распознаванию информации, поступающей от органов чувств (зрение, слух, обоняние, осязание, вкус и тактильное чувство)

2. Память – способность запечатлевать, сохранять и многократно воспроизводить полученную в течении жизни информацию. • Праксис – способность приобретать, сохранять и использовать различные двигательные навыки.

3. Речь – способность к вербальной (словесной) коммуникации (общению), которая включает в себя понимание обращенной речи, построение собственного речевого высказывания, чтение и письмо. • Управляющие функции – способность управлять своей познавательной деятельностью и поведением (в том числе самостоятельно ставить перед собой ту или иную задачу и контролировать ее выполнение) [9].

Выдающиеся отечественные нейропсихологи Л.Г. Выготский, А.Р. Лурия, Е.Д.Хомская в качестве самостоятельной высшей психической функции выделяют также интеллект (мышление) - способность к анализу информации, выделению сходств и различий, общего и частного, главного и второстепенного, а также способность к вынесению суждений и логических умозаключений

Рассмотрим основные когнитивные нарушения у детей дошкольного возраста с СДВГ.

Нарушение зрительного восприятия

Особенностью детей с СДВГ является неполная обработка входящей зрительной информации. Проблемы ребенка не обусловлены плохим зрением, но мозг перерабатывает не все сигналы. Чтобы та информация, которая была пропущена, перерабатывалась мозгом, она должна повториться несколько раз или же быть более интенсивной по воздействию. Иногда дошкольник видит буквы и цифры искаженно. Пишет он некрасиво и неряшливо. В этом помимо зрительного восприятия, свою роль играет плохая координация движений [8].

Нарушение зрительно-моторной координации

У ребёнка с СДВГ довольно часто нарушена зрительно-моторная координация. Такой ребёнок недостаточно хорошо контролирует с помощью глаз то, что он делает руками. Для хорошей слаженной работы обеих рук также нужна четкая координация между правой и левой рукой (левая рука плохо выполняет свою поддерживающую функцию).

Для тренировки зрительного восприятия, умения хорошо подмечать детали и полностью перерабатывать информацию очень хорошо подходят тренировочные компьютерные программы. Эти программы хорошо развивают и зрительное восприятие, и контроль движений с помощью зрения. Сама по себе работа с мышкой – это хорошая тренировка зрительно -моторной координации.

Нарушение координации.

Зарубежные исследователи считают, что обработка анкетных данных является основным механизмом диагностики СДВГ. Тем не менее, изучение моторики позволяет намного лучше понять основные механизмы и физиологические компоненты этого нарушения развития [14].

Вестибулярные нарушения

Равновесие и вестибулярная чувствительность занимают одно из ведущих мест в развитии грубой моторики (сверхчувствительность, низкая чувствительность). Сверхчувствительность – это гравитационная неуверенность. Дети со сверхчувствительным вестибулярным аппаратом не переносят быстрых поворотов головы или езды на автомобиле. При низкой вестибулярной чувствительности ребенок, наоборот, слишком хорошо переносит верчения, кручения и раскачивания. Для таких детей раскачивание на качелях, верчение на карусели или на канцелярском стуле – это естественное состояние.

У детей с СДВГ может быть нарушена координация крупных движений и они могут быть «неуклюжими». D.Dewey и B.J.Kaplan различают 3 типа нарушения развития координации движений среди детей, которые относятся к категории «неуклюжих»:

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

Нарушения координации крупной моторики выявляются примерно в половине случаев СДВГ. Слабая моторная координация проявляется в беспорядочных хаотических движениях. Несмотря на то, что сама по себе грубая моторика у детей с СДВГ развита хорошо, они испытывают значительные трудности в выполнении движений, требующих высокой

степени автоматизма. Это, например, повороты рук вовнутрь и наружу или быстрые попеременные движения.

Нарушение мелкой моторики

Дети, страдающие СДВГ, 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 также искусно, как это делают их здоровые сверстники [26].

Тактильная чувствительность

У детей с СДВГ можно наблюдать сенсорную сверхчувствительность, особенно к прикосновениям, даже очень легким. В народе это называется синдромом "принцессы на горошине". Раздражать могут ярлычки на одежде, сама одежда из шерсти или синтетических материалов, складки и неровности на простыне, резинки на поясе или рукавах одежды, тесные ботинки. Дети с тактильной сверхчувствительностью не переносят объятий при встрече. Если объятия затягиваются, у таких людей начинается паника и приступы клаустрофобии.

С возрастом эти проявления гиперчувствительности сглаживаются. Однако во взрослой жизни и женщины, и мужчины могут иметь определенные трудности или особенности в интимных отношениях из-за потребности иметь больше «собственного пространства» [18].

Слуховая чувствительность

Некоторых детей могут раздражать звуки тикающих часов или звук работающего в другой комнате телевизора. Звуки кажутся очень громкими.

Обонятельная чувствительность

Некоторые дети чувствуют запахи, источник которых находится довольно далеко. Раздражает запах лука, чеснока, различных специй или же

духов и лака для ногтей. У таких людей очень часто имеются различные аллергические реакции.

Вкусовая чувствительность

Люди с СДВГ, страдающие сверхчувствительностью, очень часто избирательны в еде. Они, например, могут кушать только пищу с определенной текстурой и не переносить остальные продукты,

Зрительная чувствительность

Гораздо реже, но бывают дети, демонстрирующие зрительную чувствительность. Например, это может быть непереносимость неоновых освещения.

Низкая чувствительность

Очень часто в одном пакете с гиперчувствительностью идет низкая чувствительность к холоду или боли, а также пониженная чувствительность к стимулированию вестибулярного аппарата. Ребёнок может не замечать царапины и не реагировать на ушибы, легче переносить боль, если он ударится. В холодное время года такие дети бегают без шапок и перчаток, с расстегнутыми куртками и пальто. Дома, когда всем остальным членам семьи температура кажется комфортной, ребёнку может быть жарко и он хочет ходить по дому в одном белье.

Двигательная активность

Обоснование необходимости повышенной двигательной активности для детей с СДВГ основано на результатах исследований И.П. Брызгунова и соавт. [18], которые выявили у детей с синдромом разбалансировку иннервации сердечно-сосудистой системы, снижение ортостатической адаптации (более высокая лабильность вегетативной нервной системы по сравнению с контрольной группой) и снижение физической работоспособности.

Обоснованность повышенной двигательной активности обусловлена и другими данными о нарушении катехоламинового обмена (высокий

уровень норадреналина и адреналина в покое, что свидетельствует о гиперактивации симпатoadреналовой системы). Длительная физическая нагрузка приводит к опустошению катехоламинового депо, происходит гипометаболическая защита и у детей на ступает двигательная уравновешенность [32].

Но не все виды физической активности полезны для гиперактивных детей. Для них не показаны игры, где выражен эмоциональный компонент (соревнования, показательные выступления). Рекомендуются физические упражнения, носящие аэробный характер в виде длительного, равномерного тренинга лёгкой и средней интенсивности: бег «трусцой», плавание, лыжи, езда на велосипеде и другие. Перед тем, как ребёнок начнёт заниматься физическими упражнениями, он должен пройти медицинский осмотр с целью исключения заболеваний, прежде всего сердечно-сосудистой системы.

В нашем исследовании участвуют дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивности и с задержкой психического развития.

Под задержкой психического развития в специальной психологии понимается нарушение или замедление темпа психического развития в сравнении с нормативными показателями для данной возрастной категории.

Этот термин используется для обозначения широкой группы разнородных нарушений психического развития (дизонтогений).

Возможность объединять задержки психического развития разных типов и различной этиологии в единую категорию обусловлена тем фактом, что все эти дизонтогении имеют определённые, специфичные для данной категории нарушений, сходства проявлений в познавательной деятельности и эмоционально-волевой сфере.

Данные о задержках психического развития, содержащиеся в специальной литературе, позволяют охарактеризовать эту категорию дефектов психического развития с позиции значимости особенностей ЗПР

для проведения психолого-педагогической диагностики и последующей разработки программ коррекционно-развивающего воздействия.

Клинический аспект задержек психического развития заключается в наличии широкого спектра разнообразных интеллектуальных расстройств, обусловленных недоразвитием у детей познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы или их сочетанием.

С точки зрения возрастной нормы, дети с ЗПР находятся как бы на более раннем в хронологическом плане этапе онтогенеза, которому свойственны незрелость отдельных параметров интеллектуальной и эмоционально-волевой сфер. Наряду с ограниченностью знаний и представлений об окружающем мире, несформированностью навыков интеллектуальной деятельности, имеет место более или менее значительная незрелость поведенческих реакций.

В большинстве случаев патогенетическую основу ЗПР составляет резидуальная недостаточность центральной нервной системы различной этиологии, которая провоцирует неполноценность функционирования коры головного мозга и нарушение психического развития парциального характера. Высшая нервная деятельность детей с ЗПР характеризуется недостаточной силой нервных процессов, усилением склонности к иррадиации, разночастотными проявлениями инертности, что в обобщённом виде можно назвать недостаточностью нейродинамики [15, С. 171-172].

Абсолютно все варианты ЗПР сопряжены со снижением темпов развития детей и их обучаемости, неполноценностью (в сравнении с возрастными нормами) осуществления детьми познавательной деятельности. Однако каждый из вариантов ЗПР имеет собственную, отличную от других клинико-психологическую структуру и психолого-педагогический прогноз дальнейшего развития. Специфика клинической картины и прогноза развития обуславливается, в первую очередь,

преимущественным характером нарушения (то есть тем, какие функции нарушены в первую очередь – интеллектуальные или эмоциональные). Помимо ведущего нарушения, специфику клинико-патопсихологической структуры каждого варианта ЗПР определяют степень выраженности нарушений, наличие и характер сочетанных расстройств (энцефалопатических и неврологических) [20, С. 83].

Единственный вариант ЗПР, при котором прогноз дальнейшего развития ребёнка, в сравнении с рассмотренными выше вариантами, наименее благоприятный, – это ЗПР церебрально-органического происхождения. Причина психического недоразвития ребёнка в данном случае заключается в органической недостаточности нервной системы.

Обобщённые психологические характеристики детей с ЗПР обнаруживаются у многих авторов. В контексте настоящего исследования эти обобщённые характеристики представляют значительный интерес в виду необходимости понимания того, каким образом следует организовывать инклюзивную образовательную среду для таких детей.

Замедленный темп развития, низкая продуктивность психических функций и их истощаемость, значительные затруднения в произвольной регуляции всех видов деятельности, широкий диапазон проявлений недостаточности (то есть её неравномерность) в сочетании с наибольшей выраженностью дефицитарности интеллектуальной сферы – вот те общие характеристики, которые свойственны всем психическим процессам, всем психическим функциям у детей с ЗПР.

Психические процессы и функции являются основными компонентами структуры познавательной деятельности детей. В виду того, что познавательная деятельность – целостная система, недостаточность любой из входящих в эту систему функций негативным образом сказывается на полноценности познавательной деятельности в целом.

Общие особенности познавательной деятельности детей с ЗПР заключаются в низкой мотивации и познавательной активности, в недостаточной целенаправленности и организованности познавательной деятельности, в импульсивности действий и соответствующем ей большом количестве допускаемых ошибок, а также в выраженной истощаемости.

В подавляющем большинстве случаев в процессе осуществления детьми с ЗПР познавательной деятельности имеют место затруднения в переключении с одного вида работы на другой, в переходе с использования одного способа или приёма работы на иной.

Психолого-педагогическая помощь - один из способов психолого-педагогического воздействия, направленный на гармонизацию развития личности ребенка, его социальной активности, адаптации, формирования адекватных межличностных отношений. Исследования отечественных психологов показали, что правильно подобранные методы психолого-педагогической помощи с учетом индивидуально-психологических особенностей дошкольников с социальной депривацией оказывают положительное влияние на динамику их личностного развития.

1.3 Методы коррекции синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития

Помощь детям дошкольного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивности и с задержкой психического развития всегда должна быть комплексной и сочетать различные подходы, включая работу с родителями, а также методы модификации поведения (т.е. специальные образовательные техники), работу с учителями, методы психолого-педагогической коррекции, психотерапию.

Понятие «Коррекция» – буквально означает исправление. Коррекция – это комплекс специальных воздействий на индивида, связанных с устранением причин, факторов, условий, вызывающих определенные недостатки в его развитии и умственной деятельности [37]

Коррекция – исправление (частичное или полное) недостатков психического и физического развития у аномальных детей с помощью социальной системы педагогических приемов и мер [1].

Коррекционная работа специалиста с гиперактивным ребенком направлена на решение следующих задач:

1. Нормализовать ситуацию в семье ребенка, его отношения с родителями и другими родственниками. Научить членов семьи избегать новых конфликтных ситуаций.

2. Добиться послушания у ребенка, привить ему аккуратность, навыки самоорганизации, умение планировать и доводить начатое до конца. Развить в нем чувство ответственности за собственные поступки.

3. Научить ребенка уважению к правам окружающих его людей, правильному речевому общению, контролю над собственными эмоциями и действиями, навыкам эффективного социального взаимодействия с окружающими его людьми [4].

Прежде всего, следует отметить, что коррекционная работа будет эффективной только при наличии тесного сотрудничества между семьей и психологом, которое обязательно должно включать обмен информацией между родителями и психологом. Успех в коррекционной работе будет гарантирован при условии соблюдения единых принципов по отношению к ребенку дома и у психолога: система «поощрения», помощь и поддержка взрослых, участие в совместных мероприятиях. Однако положительная динамика возможна только при комплексном подходе, то есть при участии многих специалистов: невролога, психолога, педагога, а также родителей [25].

Задача невролога состоит в том, чтобы установить или опровергнуть диагноз «гиперактивность», провести соответствующее лечение, объяснить родителям причины гиперактивности, а также разработать индивидуальную программу помощи ребенку.

В том случае, если невролог не подтвердил диагноз «гиперактивность», используется термин «гиперактивное поведение». Психолог совместно с учителем и родителями проводит психологическую коррекцию эмоциональной сферы и поведения ребенка. Кроме того, психолог проводит разъяснительную работу с учителями, а также разрабатывает тактику взаимодействия с каждым гиперактивным ребенком и формирует индивидуальную программу развития такого ребенка [18].

Главная задача родителей – обеспечить общий эмоционально нейтральный фон для развития и воспитания ребенка [21].

Только в случае такого комплексного подхода происходит последовательное единодушное воспитание и обучение гиперактивного ребенка, что способствует реализации потенциала ребенка и снижает его эмоциональное напряжение [18].

В работе с гиперактивными детьми и детьми с задержкой психического развития следует использовать три основных направления:

- 1) развитие дефицитных функций (внимание, контроль поведения, двигательный контроль);
- 2) выработка специфических навыков взаимодействия со взрослыми сверстниками;
- 3) работа с гневом (при необходимости).

Работа педагога может осуществляться параллельно по нескольким или одному приоритетному направлению. Давайте кратко рассмотрим каждый из них.

При развитии у ребенка недостаточных функций коррекционную работу следует проводить поэтапно, начиная с развития одной отдельной

функции. Это связано с тем, что гиперактивному ребенку трудно быть внимательным, спокойным и не импульсивным одновременно.

Когда в ходе занятий с педагогом-психологом будут достигнуты стабильные положительные результаты, можно переходить к обучению двум функциям одновременно, например, дефициту внимания и контролю поведения. И только тогда можно использовать упражнения, которые развивали бы все три дефицитные функции одновременно [15].

Индивидуальный метод коррекционных занятий с гиперактивными детьми направлен на формирование произвольной регуляции и предусматривает два основных принципа. С одной стороны, комплекс упражнений ориентирован на включение в работу мышц группы, которые обычно используются в детальном двигательном акте. С другой стороны, коррекционные психомоторные упражнения соответствуют поэтапному возрастному развитию ребенка и основаны на соблюдении последовательности овладения двигательными функциями, характерными для здоровых детей [8].

На практике доказано, что двигательное развитие ребенка оказывает мощное влияние на его общее развитие, в частности, на формирование речи, интеллекта и таких анализаторных систем, как зрительная, слуховая, тактильная. Поэтому двигательная коррекция должна занимать одно из центральных мест в общей программе реабилитации ребенка.

Развитие специфических навыков взаимодействия со взрослыми и сверстниками на начальном этапе должно осуществляться индивидуально.

Здесь вы можете научить ребенка не только слушать, но и слышать и понимать инструкции взрослого: произносить их вслух, формулировать правила поведения во время занятий и правила выполнения конкретного задания. Следующий этап – вовлечение гиперактивного ребенка в групповые виды деятельности – также должен проходить постепенно. Первый, желательно включать гиперактивного ребенка в работу и игры с

небольшой подгруппой детей (2-4 человека) и только после этого можно приглашать его участвовать в общегрупповых играх и занятиях [23].

М.М. Чистякова в книге «Психогимнастика» отмечает, что занятия психогимнастикой полезны для таких детей. Отмечается, что визуальная активность и музыка являются вспомогательными средствами общения, благодаря которым облегчается возможность продуктивного контакта с гиперактивным ребенком [33].

Специальные занятия, проводимые с гиперактивными детьми, включают отличается четкой, повторяющейся структурой, неизменным расположением предметов в зале, введением ограничения по времени выполнения заданий, соблюдением детьми норм и правил поведения, введением системы наказаний и поощрений, соблюдением правил начала и окончания занятий.

Начало занятия должно включать в себя конкретное групповое приветствие, возможно, прослушивание какой-нибудь мелодичной музыки, конец занятия – его групповое обсуждение, выполнение тематических рисунков [18].

По мнению психологов, специально подобранные игры являются наиболее эффективным, а иногда и единственным методом коррекционной работы с детьми дошкольного возраста. Именно в игре ребенок отражает то, что происходит с ним в реальной жизни. Здесь сразу становятся заметны его конфликты с внешним миром, проблемы контактов со сверстниками, его реакции и чувства [23].

При выборе игры важным аспектом является постепенное включение ребенка в коллективную работу, а также применение четких правил, способствующих развитию внимания [23].

Коррекция гиперактивного поведения детей включает в себя методы модификация такого поведения, психотерапия, педагогическая и нейропсихологическая коррекция.

Ребенку рекомендуется щадящий режим тренировок – минимальное количество детей на занятии (не более 12 человек), меньшая продолжительность занятий (до 30 минут). Поскольку ребенку трудно сосредоточиться, вам нужно дать ему только одно задание на определенный промежуток времени. Выбор партнеров для игр важен - друзья ребенка должны быть уравновешенными и спокойными.

Это также важно с точки зрения социальной адаптации к целенаправленному и долгосрочному воспитанию социально поощряемые нормы поведения у ребенка. Психотерапевтическая работа с родителями необходима для того, чтобы они не расценивали поведение ребенка как «хулиганское» и проявляли больше понимания и терпения в своей воспитательной деятельности [18].

Важной задачей социальных педагогов является изменение отношения близких родственников к ребенку. Матерям и другим родственникам необходимо объяснить, что улучшение состояния малыша зависит не только от назначенного специального лечения, даже если оно необходимо, но и в значительной степени от доброго, спокойного и последовательного отношения к нему [23].

Систематическая консультативная помощь психолога и социального педагога в работе с гиперактивными детьми и их родителями необходима и самим педагогам. Прежде всего, психолог и социальный педагог должны предоставить воспитателю подробную информацию о природе гиперактивного поведения, характере поведения детей с гиперактивностью в образовательном учреждении. Они должны знать, что работа с такими детьми должна строиться на индивидуальной основе. Целесообразно по возможности игнорировать вызывающие поступки и поощрять хорошее поведение ребенка [6].

Система должна быть построена на индивидуальной основе. Желательно, по возможности, игнорировать провокационные действия и поощрять хорошее поведение ребенка [6].

Во время занятий важно свести отвлекающие факторы к минимуму. В течение дня предоставляются возможности для двигательного расслабления: физический труд, спортивные упражнения.

Кроме того, социальному педагогу важно познакомить самого ребенка с определением и природой его собственного типа синдрома дефицита внимания. Открытое, честное описание конкретных трудностей, проблем, с которыми сталкивается ребенок, и их связи с синдромом дефицита внимания вызовет дискуссию о том, как их преодолеть на практике. Предоставляя ребенку перспективу и чувство контроля специалистов позволяют ему собрать необходимые силы для преодоления препятствий [8].

Цель бесед с гиперактивными детьми состоит в том, чтобы проинформировать ребенка и помочь ему поверить в себя. Частые, короткие обсуждения всегда предпочтительнее длинных лекций. Надо поощрять детей вносить их собственные идеи, выражать беспокойство и задавать вопросы. При этом термины и понятия должны соответствовать уровню познаний ребенка.

Свободно и открыто обсуждая эту тему с детьми, психолог и социальный педагог дают им понять, что верят в их возможности [18].

Таким образом, основным направлением коррекции эмоционально-аффективного поведения гиперактивных детей является изменение характера их двигательной активности.

Для реализации этой задачи используются следующие методы:

1. Наблюдение за поведением детей с различными видами двигательной активности в дошкольном учреждении;

2. Беседа с воспитателями об особенностях поведения детей во время занятий физкультурой и подвижных игр;

3. Комплексная оценка двигательной активности каждого ребенка в определенные режимные моменты;

4. Работа с родителями;

5. Организация контрольных двигательных задач.

Развитие дефицитных функций в отношении дальнейшего развития таких детей однозначного прогноза не существует. Многие серьезные проблемы могут сохраняться и в подростковом возрасте. Но если коррекционная работа с гиперактивным ребенком проводится настойчиво и последовательно с первых лет его жизни, то можно ожидать, что с годами проявления синдрома будут преодолены.

Кроме того, следует помнить, что эффективность работы учителя по коррекции гиперактивного поведения детей зависит от комплекса подходов к исследуемой проблеме с участием многих специалистов: невролог, психолог, учитель и, конечно же, родители [31].

Коррекция гиперактивного поведения работе педагога – это программа, включающая игры и игровые упражнения, направленные на снижение уровня гиперактивного поведения дошкольников в образовательном процессе, целью которой является теоретическое обоснование и экспериментальная проверка эффективности средств снижения гиперактивного поведения у детей дошкольного возраста.

Коррекция СДВГ должна включать в себя набор методик, то есть быть «мультиmodalный». Основные направления: коррекция двигательной активности, психолого-педагогическая коррекция, семейная психотерапия, поведенческая терапия, техники релаксации, лечение сопутствующей патологии. К медикаментозной терапии прибегают только в том случае, если вышеперечисленные методы неэффективны. Для лечения

сопутствующей патологии также предпочтительнее использовать разработанные немедикаментозные методы.

Коррекция двигательной активности

Гиперактивным детям не рекомендуется играть с ярко выраженной эмоциональной составляющей (конкурсы, демонстрации), а также виды спорта со статистической нагрузкой (например, силовое троеборье).

Полезны аэробные физические упражнения в виде длительных равномерных тренировок легкой и средней интенсивности: бег трусцой, плавание, катание на лыжах, езда на велосипеде, водные и пешие прогулки. При систематических физических нагрузках снижается реакция на стресс, повышается двигательный контроль и, в целом, повышаются адаптивные способности.

Психолого-педагогическая коррекция

Изменяя окружение ребенка, отношение к нему в семье и школе, вы можете влиять течение болезни. При наличии эмоциональных расстройств проводится холдинговая терапия, используются техники для снятия повышенной тревожности, развития общительности, выбора сфер деятельности, в которых ребенок чувствовал бы себя уверенно, и моделирования ситуаций успеха. Цикл занятий включает упражнения на развитие внимания и памяти. Однако при поражении областей лобной коры, отвечающих за когнитивные функции, методы мышления и развитие речи, происходит определенная компенсация нарушенных функций.

Занятия с логопедом необходимы при выявлении нарушений речи.

Семейная психотерапия

СДВГ - это заболевание не только ребенка, но и взрослых, и прежде всего матери, которая чаще всего соприкасается с ним. Мать гиперактивного ребенка чрезмерно раздражительна, импульсивна, и у нее часто бывает плохое настроение. Частота большой и малой депрессии среди матерей с гиперактивными детьми встречается в 18 и 20% случаев (по

сравнению с 4-6% среди матерей обычных детей). Для облегчения депрессивного состояния проводится психотерапевтическое лечение.

Поведенческая психотерапия

Программа коррекции, составленная самостоятельно, включает в себя:

- 1) изменение поведения взрослого и отношения к ребенку (демонстрировать спокойное поведение, избегать слов «нет», отношения с ребенком строить на доверии и понимании);
- 2) изменение психологического климата в семье (взрослые должны меньше ссориться,
- 3) больше времени уделять ребенку, проводить досуг всей семьей);
- 4) режим дня и места для занятий;
- 5) специальная поведенческая программа с преобладанием позитивных методов дисциплины.

Негативные методы для детей с СДВГ неэффективны. Порог чувствительности к негативным раздражителям очень высок, поэтому они не восприимчивы к выговорам и наказаниям, но легко реагируют на малейшую похвалу. Поэтому в общении с ребенком должны преобладать методы поощрения и поддержки.

Коррекционная программа школы включает в себя изменение окружающей среды (места ребенка в классе - рядом с учителем, включая минуты активного отдыха в режиме урока), регулирование отношений с одноклассниками), создание ситуаций успеха, развитие учебной мотивации, коррекция негативного поведения, в частности немотивированной агрессии [18].

Техники релаксации

Расслабление мышц, достигаемое во время аутогенной тренировки, влияет на функции центральной и периферической нервной системы,

стимулирует резервные возможности коры головного мозга, повышает уровень произвольной регуляции различных систем детского организма.

Медикаментозная терапия назначается по индивидуальным показаниям в случаях, когда когнитивные нарушения и поведенческие проблемы у детей с СДВГ не могут быть преодолены только с помощью психолого-педагогических и психотерапевтических методов коррекции.

Разработанная программа позволяет снизить гиперактивность поведение после выполнения комплекса таких упражнений, которые направлены на развитие внимания, мышления, координации движений, релаксации, эмоциональной и личностной сферы. Чем лучше развиты внимание, координация движений, эмоционально-личностная сфера, тем эффективнее будут занятия и, соответственно, будет выявлено снижение гиперактивного поведения.

Выводы по первой главе

Синдром дефицита внимания и гиперактивности – это одна из форм минимальных мозговых дисфункций, снижающая не только качество познавательных процессов ребенка, но и приводящая к нарушению эмоционально-волевой сферы, нарушению межличностных отношений с близкими людьми и сверстниками, проявлению школьной дезадаптации.

В рамках СДВГ различают три взаимосвязанных компонента:

1. Гиперактивность: повышенная возбудимость и активность, прежде всего двигательная. В плане мелкой моторики гиперактивность влечет за собой нарушения тонкой двигательной координации и двигательного торможения, что, в свою очередь, выражается в проблемах с письмом и почерком. Однако в перечень нарушений моторики при СДВГ включают не только плохой почерк, но и осуществление последовательности быстро

сменяющих друг друга движений, соблюдение их пространственных и временных характеристик и т.д.

2. Импульсивность: ребенок нетерпелив, непредсказуем, склонен действовать, не подумав. В выполнении двигательных заданий для такого ребенка затруднительно удержаться от движения, которое должно быть задержано на некоторое время, и препятствовать осуществлению реакций, которые не относятся к поставленной задаче, но которые ребенку по той или иной причине хочется осуществить.

3. Невнимательность. Даже если у ребенка дошкольного возраста нормальный или высокий интеллект, он плохо учится, поскольку совершает множество ошибок. Помимо ошибок по невниманию, для таких детей характерна отвлекаемость. Они не заканчивают начатых заданий и избегают задач, связанных с усилием и требующих произвольной концентрации внимания. Поэтому дети с СДВГ больше страдают от повышения умственной нагрузки в ходе выполнения заданий, чем группа нормы.

Синдром дефицита внимания и гиперактивности – представляет собой неврологическо-поведенческое расстройство развития (дисфункция ЦНС, преимущественно ретикулярной формации ГМ), начинающееся в детском возрасте и проявляющееся такими симптомами, как трудности концентрации и поддержания внимания, нарушениями обучения и памяти, гиперактивность и плохо управляемая импульсивность, а также сложностями обработки экзогенной и эндогенной информации и стимулов. Это наиболее распространенное психоневрологическое расстройство среди детей и подростков, встречается примерно у 5 % детского населения и чаще диагностируется у пациентов мужского, чем женского пола в соотношении 2:1.

Хотя СДВГ долго рассматривалось как расстройство детского возраста, результаты исследований подтвердили, что примерно у 50 %

пациентов симптомы СДВГ, претерпевая определенную трансформацию, продолжают отмечаться, когда они становятся взрослыми.

Дети с СДВГ не вполне готовы к школьному обучению. У них не сформированы предпосылки к овладению школьных навыков. Они испытывают трудности в овладении счетом, чтением и письмом. Им сложно регулировать свое эмоциональное состояние, произвольно организовывать свою деятельность. Дети с СДВГ имеют серьезные проблемы в социальном взаимодействии, включая взаимодействие с родственниками, учителями и сверстниками.

В нашем исследовании участвуют дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивности и с задержкой психического развития.

Под задержкой психического развития в специальной психологии понимается нарушение или замедление темпа психического развития в сравнении с нормативными показателями для данной возрастной категории.

Этот термин используется для обозначения широкой группы разнородных нарушений психического развития (дизонтогений).

Возможность объединять задержки психического развития разных типов и различной этиологии в единую категорию обусловлена тем фактом, что все эти дизонтогении имеют определённые, специфичные для данной категории нарушения, сходства проявлений в познавательной деятельности и эмоционально-волевой сфере.

Психолого-педагогическая помощь - один из способов психолого-педагогического воздействия, направленный на гармонизацию развития личности ребенка, его социальной активности, адаптации, формирования адекватных межличностных отношений. Исследования отечественных психологов показали, что правильно подобранные методы психолого-педагогической помощи с учетом индивидуально-психологических особенностей дошкольников с социальной депривацией оказывают положительное влияние на динамику их личностного развития.

Оказание помощи детям с СДВГ должно ориентироваться на комплексную диагностику их психического развития и объединять различные подходы, в том числе работу с родителями и со школьными педагогами, методы модификации поведения (то есть специальные воспитательные приемы), психолого-педагогическую коррекцию, психотерапию, а также медикаментозное лечение. Диагностическая и коррекционно-развивающая работа с дошкольниками, имеющими СДВГ, должна носить комплексный характер и обеспечивать развитие базовых и ведущих учебных качеств в тесной взаимосвязи с другими учебно-важными качествами.

ГЛАВА 2 ОПЫТНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА ПО КОРРЕКЦИИ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

2.1 Анализ когнитивных нарушений у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития

Базой исследования выступает Ленинградское областное государственное бюджетное учреждение «Волховский комплексный центр социального обслуживания населения «Береника» (Ленинградская область, г. Волхов).

Отделение социального обслуживания детей и инвалидов.

В структуру учреждения входят следующие отделения:

- 1) отделение психологической помощи гражданам (профилактика безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних, находящихся в социально опасном положении, оказание психологической и педагогической помощи несовершеннолетним (их семьям), социальная реабилитация несовершеннолетних в полустационарных условиях, комплексная профилактика семейного неблагополучия и социального сиротства;
- 2) отделение для несовершеннолетних (временное проживание и социальная реабилитация несовершеннолетних, оказавшихся в трудной жизненной ситуации или кризисной ситуации и нуждающихся в экстренной социальной помощи)[48].

Расширялся спектр предоставления социальных услуг, новых форм и методов работы.

Всего с 1 мая 2024 года в структуре Учреждения 8 отделений:

- 1) административно-хозяйственная часть (35,5 шт. ед.);
- 2) отделение информационно-аналитической работы (4 шт. ед.);
- 3) отделение социального сопровождения граждан (27 шт. ед.);
- 4) отделение-интернат малой вместимости для граждан пожилого возраста и инвалидов (18,5 шт. ед.);
- 5) отделение социальной реабилитации и абилитации (7 шт. ед.);
- 6) отделение психологической помощи гражданам (11 шт. ед.);
- 7) отделение для несовершеннолетних (21 шт. ед.)[48].

Перечень социальных услуг, предоставляемых Волховским комплексным центром социального обслуживания населения «Береника»:

1. Социально-бытовые услуги.
2. Социально-медицинские услуги.
3. Социально-психологические услуги.
4. Социально-педагогические услуги.
5. Социально-трудовые услуги.

6. Социально-правовые услуги.

7. Услуги в целях повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг, имеющих ограничения жизнедеятельности, в том числе детей-инвалидов [48].

В рамках оказания социально-педагогических услуг реализуется социально-педагогическая коррекция на базе отделения социальной реабилитации и абилитации [48].

Целью исследования, которое было проведено в Волховском комплексном центре социального обслуживания населения «Береника», стало выявление особенностей развития и возможности коррекции когнитивных нарушений у детей старшего дошкольного возраста с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью и с задержкой психического развития.

С целью достижения поставленной цели экспериментальная работа проводилась в три этапа:

1. Констатирующий эксперимент, в рамках которого произведено изучение общего уровня интеллектуального развития детей старшего дошкольного возраста с СДВГ.

2. Формирующий психолого-педагогический эксперимент, в рамках которого разработана и внедрена методика коррекции синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития.

3. Контрольный этап эксперимента, в рамках которого определена эффективность проведенных занятий по коррекции синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития.

Исследование проводилось с марта 2024 года по май 2025 года. Испытуемые – 7 детей старшего дошкольного возраста из семей, обратившихся в Волховский комплексный центр социального

обслуживания населения «Береника» в личных карточках которых (по итогам обследования в условиях психолого-медико-педагогической консультации) имелись заключения специалистов о СДВГ.

Под когнитивными функциями понимают наиболее сложные функции головного мозга, при помощи которых осуществляется процесс рационального познания мира и обеспечивается целенаправленное взаимодействие с ним. Давая психологическую характеристику процессу познания, следует отметить, что ощущения, восприятия, мышление, воображение образуют ядро этого процесса. Однако они не исчерпывают его структурной полноты: он включает в себя и акт внимания как свой необходимый компонент. Следовательно, коррекционная работа детьми старшего дошкольного возраста с СДВГ и ЗПР должна строиться на основе коррекции невнимательности и гиперактивности. Для подтверждения предположений и выявления симптомов СДВГ и исследования познавательной деятельности были применены диагностические методики [39].

С целью выявления когнитивной сферы развития у детей 5-6 лет произведена диагностическая работа на основе методов диагностики детей дошкольного возраста, адаптированных А.Н. Веракса, Д.А. Бухаленковой, О.В. Алмазовой.

Большую часть использованных в исследовании методов составляют субтесты нейропсихологического диагностического комплекса NEPSY-II, направленного на оценку психического развития детей в возрасте 3-16 лет. Рассмотрим подробнее данные методы.

1. Методика «Торможение»

Материалы: секундомер, 4 стимульных листа (2 с фигурами и 2 со стрелками) протокол, ручка.

Описание. Тест направлен на оценку способности ребенка сдерживать автоматические реакции взамен произвольным (сдерживающий контроль).

Тест ограничен по времени выполнения. Ребенку в нем предлагается посмотреть на серии фигур и стрелок и назвать их формы (круг, квадрат) или направления (вверх, вниз).

Время выполнения теста: 6-10 минут.

Тест содержит две серии (геометрические фигуры, стрелки) и по два задания в серии:

1) Называние (круг = круг, вверх = вверх). Время выполнения до 180 сек.

2) Торможение (круг = квадрат, вверх = вниз) Время выполнения до 240 сек.

Сначала выполняются оба задания с серией из геометрических фигур, затем оба задания со стрелками. На первом этапе (называние) ребенку нужно просто назвать фигуры или направления стрелок. На втором этапе (торможение) ребенка просят называть фигуры и направления не так, как они представлены на картинке, а наоборот: когда ребенок видит квадрат, он должен сказать «круг», когда видит круг – «квадрат» («вверх» – «вниз», «вниз» – «вверх»).

На протяжении выполнения ребенком всего задания взрослый следует за его ответами и параллельно с этим делает пометки в протоколе.

Под каждым заданием в протоколе фиксируются три показателя:

- 1) время в секундах, потраченное на выполнение задания;
- 2) количество неисправленных ошибок (неправильный ответ или отсутствие ответа);
- 3) количество ошибок, исправленных самостоятельно.

Норма в рамках методики «Торможение» представлена на рисунке 1.

Показатели	1 балл	2 балла	3 балла
Называние, неисправленные ошибки	больше 1 ошибки	1 ошибка	ни одной ошибки
Называние, исправленные ошибки	больше 2 ошибок	1–2 ошибки	ни одной ошибки
Называние, время	больше 59 секунд	34–59 секунд	меньше 34 секунд
Торможение, неисправленные ошибки	больше 9 ошибок	2–9 ошибок	меньше 2 ошибок
Торможение, исправленные ошибки	больше 4 ошибок	1–4 ошибки	ни одной ошибки
Торможение, время	больше 91 секунды	36–91 секунды	меньше 36 секунд

Рисунок 1 – Норма в рамках методики «Торможение»

После подсчета суммарного балла делается вывод об уровне развития сдерживающего контроля, исходя из следующих показателей:

- 1) от 6 до 9 баллов – низкий уровень;
- 2) от 10 до 15 баллов – средний уровень;
- 3) от 16 до 18 баллов – высокий уровень.

Анализ результатов первого задания («Называние») показывает уровень развития у дошкольников скорости мыслительных процессов и переключения.

С данным заданием дети справляются в подавляющем большинстве успешно, то есть делают не более 1-2 ошибок (чаще всего – ни одной) и тратят на его выполнение в среднем 34-59 секунд. Наличие чуть большего числа ошибок говорит в первую очередь о невнимательности ребенка.

2. Методика «Повторение предложений»

Материалы: протокол, ручка.

Описание. Тест оценивает слуховую рабочую память. Психолог читает ребенку предложения по одному, а затем просит повторить их. Предложение произносится в спокойном темпе без эмоциональной окраски.

Взрослый кладет перед собой лист с заданиями и говорит ребенку: «Я собираюсь прочитать тебе несколько предложений. Я хочу, чтобы ты

повторял только то, что я говорю (читаю). Подожди, пока я закончу, затем твоя очередь. Слушай внимательно. А теперь начнем».

Важно учитывать:

1. Читать предложения нужно внятно, не спеша, не делайте больших пауз.
2. Диагностику следует проводить в индивидуальной форме, в тихом помещении.
3. Повторять предложение нельзя.
4. Данное задание лучше не проводить в начале диагностической встречи с ребенком, поскольку он должен привыкнуть к голосу взрослого.
5. Завершать диагностику также нежелательно проведением этой методики, поскольку в данном задании дети хорошо понимают, когда допускают ошибку, что может привести их к переживаниям (ребенок может расстроиться, заплакать). В связи с этим эту методику желательно проводить в середине диагностической встречи, чтобы завершить ее более позитивным заданием, которое вызовет у ребенка ощущение успеха.
6. Если ребенок молчит и ничего не говорит после прочтения предложения, нужно подбодрить его, попросить повторить то, что ему удалось запомнить, и потом похвалить за старания.
7. Если за 4 предложения подряд ребенок получает 0 баллов, тестирование прекращается

Оценка каждого предложения проводится по следующей системе:

- 1) 2 балла – нет ошибок;
- 2) 1 балл – 1 или 2 ошибки;
- 3) 0 баллов – 3 и более ошибок или отсутствие ответа.

Успешность выполнения данного теста выражается общим количеством баллов, полученных ребенком.

Максимально возможное количество баллов - 34.

За норму принимаем:

- 1) низкий уровень – ниже 14 баллов;
- 2) средний уровень – от 14 до 24 баллов;
- 3) высокий уровень – выше 24 баллов.

Низкие баллы по данной методике могут говорить о трудностях в восприятии или воспроизведении слухоречевой информации. За ними может стоять как недоразвитие речевых функций (дети плохо понимают сложные логико-грамматические конструкции или у них плохо развита речь), так и проблемы с удержанием предложений (низкий уровень развития рабочей памяти). Независимо от причин, детям с низким уровнем вербальной рабочей памяти обычно трудно следовать словесной инструкции, которую произносит педагог или родитель. Часто таких детей считают невнимательными (не слушает, что им говорят) или недостаточно интеллектуально развитыми (не понимает, что надо делать). Однако причина трудностей лежит в области обработки и хранения информации, что необходимо понимать и в ходе работы с ребенком взрослым.

Средние баллы соответствуют возрастной норме и показывают хороший уровень развития у ребенка способности к хранению и использованию слухоречевой информации.

Высокие баллы соответствуют высокому уровню развития вербальной рабочей памяти у детей. Про таких детей обычно говорят «ловят на лету» – они быстро и легко усваивают информацию с первого раза и способны ее воспроизвести. Умение воспринимать, удерживать и использовать информацию в 20 рабочей памяти лежит в основе понимания ребенком словесных инструкций, которые проговаривает педагог во время занятий. Таким образом, уровень развития вербальной памяти является значимым предиктором успешного усвоения ребенком информации.

3. Методика «Статуя»

Материалы: смартфон, протокол, 2 ручки, носовые платочки.

Описание. Тест оценивает «горячую» саморегуляцию и физический сдерживающий контроль. В данном задании ребенку нужно простоять неподвижно в определенной позе в течение 75 секунд, не отвлекаясь на внешние звуковые раздражители (постукивание, кашель, звук упавшей на пол ручки и проч.). За каждый 5-секундный интервал ребенку начисляются баллы от 0 до 2 за успешное выполнение задания (максимум 30 баллов), а также подсчитываются совершенные ошибки: движения, открывание глаз, звуки

Время выполнения теста: 3-4 минуты.

- 1) низкий уровень – ниже 10 баллов;
- 2) средний уровень – от 10 до 20 баллов;
- 3) высокий уровень – выше 30 баллов.

4. Методика «Сортировка карт по изменяемому признаку»

Материалы: набор карт (23 шт: 1 с синим зайцем, 1 с красной лодкой, 7 с красным зайцем, 7 с синей лодкой, 4 с красным зайцем в рамке, 3 с синей лодкой в рамке), протокол, ручка.

Описание. Тест оценивает когнитивную гибкость. Ребенку предлагается рассортировать карточки трижды по разным правилам (по цвету, по форме, а затем с переключением этих правил).

Методика направлена на измерение когнитивной гибкости мыслительных процессов (или переключения) у детей в возрасте 3–6 лет. Методика состоит из трех заданий. В первом задании ребенок сортирует предложенные ему 6 карточек по цвету (красные объекты откладываются в одну сторону, синие - в другую). Во втором задании сортировка происходит по форме (лодки откладываются в одну сторону, зайцы — в другую). В третьем задании ребенок должен разложить 12 карточек по цвету или форме, ориентируясь на внешний стимул: наличие или отсутствие черной рамки. В каждом задании за каждый правильный ответ начисляется по 1 баллу. Всего испытуемый может набрать 24 балла.

Время выполнения теста: 5-6 минут.

Переключение с первого на второе задание является показательным для оценки уровня развития переключения у детей 3-4 лет. К 5-6 годам с этим заданием справляется абсолютное большинство дошкольников.

Хотя в данной методике оценивается количество правильно разложенных карточек в каждой серии, решающим для определения уровня развития переключения в старшем дошкольном возрасте является количество баллов, набранных ребенком в третьем задании. Считается, что дети справились с третьим заданием, если правильно распределили 9 и более карточек. Такой результат показывает, что процессы переключения хорошо развиты и ребенок умеет следовать сложной инструкции, которая включает в себя два взаимоисключающих условия. Этот результат соответствует высокому уровню развития когнитивной гибкости, тогда как дошкольники со средним уровнем развития когнитивной гибкости в этом возрасте еще не справляются с данным заданием

5.Методика «Пониманиеэмоций»

Материалы: протокол, ручка и стимульный материал.

Описание. Тест оценивает понимание эмоций. Стимульный материал методики представляет собой иллюстрированную книгу с историями про эмоциональный опыт детей (2 отдельные книги: для девочек и для мальчиков). Под каждой иллюстрацией о каждой истории находится изображение четырех возможных эмоциональных реакций. Ребенку рассказывают историю, а затем просят выбрать чувство, которое испытывает герой каждой истории.

Время выполнения теста: 15-20 минут.

Важные процедурные моменты: на протяжении тестирования тон речи эмоционально нейтрален; рассказываемые истории всегда должны быть с именами героев; при перечислении вариантов ответа нужно указывать пальцем на каждый ответ по очереди и называть эмоцию; если

ребенок дает несколько ответов, просим его указать один - самый подходящий; не нужно просить ребенка обосновывать свои ответы.

Общие принципы проведения исследовательской диагностики. Требования к подготовке тестера: к началу диагностики тестер должен знать все инструкции и владеть процедурными навыками проведения методик. Обязательным требованием до начала диагностики детей, входящих

Требования к помещению: диагностика ребенка проводится в тихом месте с хорошим освещением. Таким местом может быть кабинет психолога или логопеда в детском саду. Приемлемым считается проведение диагностики в спальне группы при наличии там стола, за которым удобно сидеть ребенку. Также, если в спальне хватает места, то можно принести маленький столик из основного помещения группы по разрешению воспитателя. Важно заранее договориться с воспитателем и помощником воспитателя о том, чтобы никто не заходил в спальню во время диагностики без крайней надобности. Требования к процедуре Диагностика проводится в утренние часы в одинаковой последовательности заданий для всех детей. Все инструкции проговариваются детям в точном соответствии формулировкам, данным в рабочей тетради. Ключевым процедурным условием является безоценочность: нельзя давать содержательную обратную связь и оценивать правильность ответов ребенка, важно не выражать эмоции на ответы ребенка, нельзя давать подсказки и каким-либо образом отступать от прописанных инструкций (например, просить ребенка «подумай еще», если он дал неправильный ответ. Однако тестер может поддерживать ребенка в процессе выполнения заданий. Допускаются такие выражения, как «Ты хорошо работаешь», «Я вижу, как здорово ты стараешься». Слова «Молодец/Умница» допускаются, но не должны находиться в связке только с правильными ответами ребенка (если эти слова используются тестером в качестве поощрения, то должны относиться и к неправильным ответам тоже). Универсальной фразой, сопровождающей

переход от одной методики к другой, является «Спасибо. Ты здорово справился. Давай поиграем еще в одну игру (или сделаем еще одно задание)». После завершения диагностики нужно благодарить ребенка «Спасибо. Ты здорово справился и сделал все задания». Как показывает практика, данные методики позволяют глубоко и объективно изучить когнитивную и эмоциональную сферы детей, раскрывают и доказывают их взаимосвязь между собой.

Итогом проведенных тестов должен стать интегрированный показатель. Высокий уровень каждого теста оценивается в 3 балла, средний – 2 балла, низкий 1 балл.

Следует, что:

- 1) 13-15 баллов – высокий уровень когнитивного развития дошкольника;
- 2) 9-12 баллов – средний уровень когнитивного развития дошкольника;
- 3) менее 9 баллов – низкий уровень когнитивного развития дошкольника

Протокол выполнения заданий дошкольниками с СДВГ для определения уровня когнитивного развития представлен в таблице 1.

Таблица 1– Уровень когнитивного развития дошкольников с СДВГ на констатирующем этапе

№	Имя Фамилия	Тесты					Общее кол-во баллов	Уровень когнитивного развития
		1	2	3	4	5		
1	Ильдар Ж.	2	1	1	2	1	7	низкий
2	Андрей П..	1	1	1	2	1	6	низкий
3	Марина П.	2	2	1	2	2	9	средний
4	Алексей Р.	1	2	1	1	1	6	низкий
5	Азамат А.	2	2	1	2	2	9	средний
6	Сабира Н.	1	1	1	1	1	5	низкий
7	Антон П..	1	2	1	1	1	6	низкий

Полученные результаты представлены на рисунке 2.

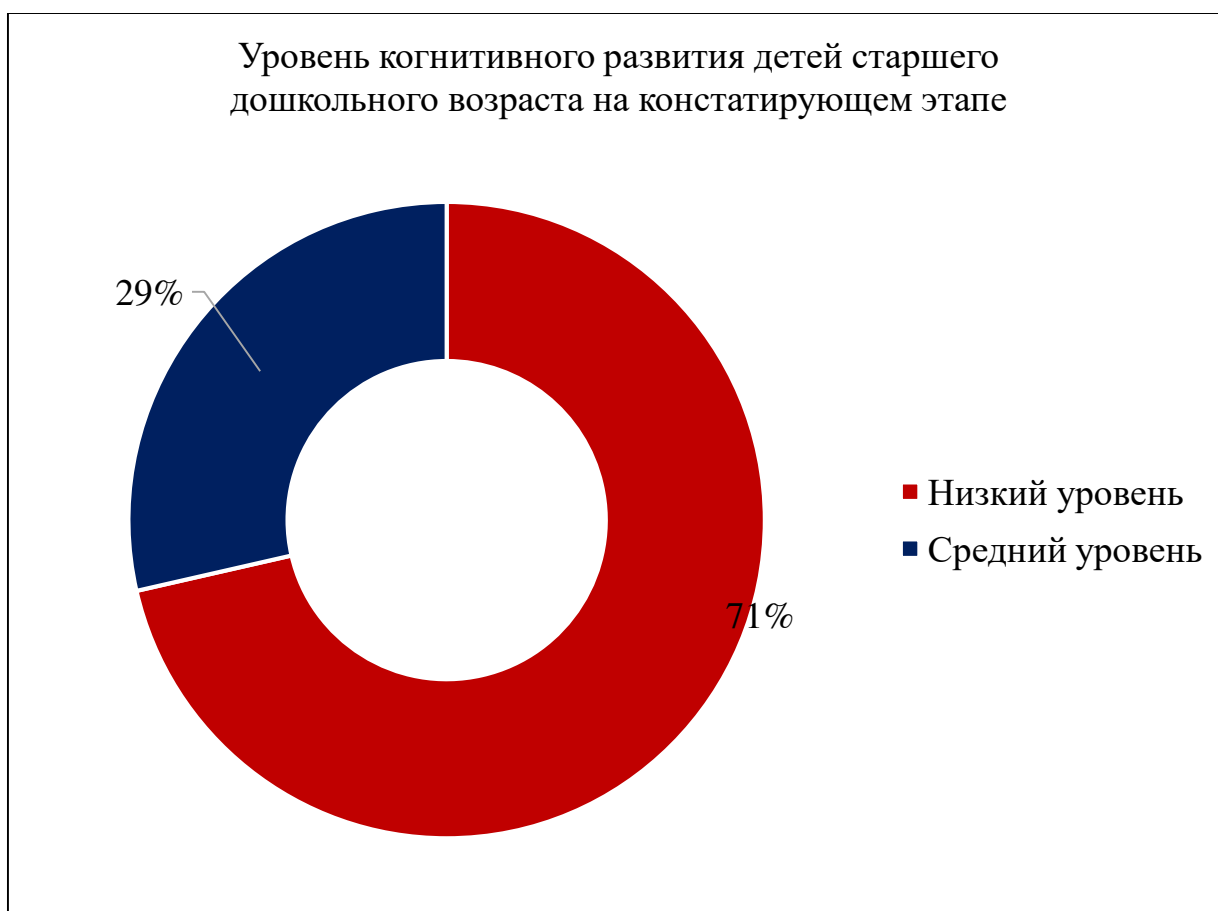


Рисунок 2 – Уровень когнитивного развития детей старшего дошкольного возраста с СДВГ на констатирующем этапе эксперимента

Таким образом, по результатам констатирующего эксперимента у большинства детей старшего дошкольного возраста с СДВГ (5 человек) низкий уровень когнитивного развития, 2 дошкольника с СДВГ (29% от общего количества участников эксперимента) показали средний уровень когнитивного развития.

Качественный анализ проведенных методик позволил сделать выводы об особенностях когнитивного развития детей старшего дошкольного возраста с СДВГ.

Особо сложной для детей стала методика «Статуя», которая оценивает «горячую» саморегуляцию и физический сдерживающий контроль. Так же отмечаем трудности с концентрацией внимания. У данной группы детей

значительно страдает восприятие материала, они нуждаются в подсказке при выполнении заданий, затрудняются сохранять сосредоточенность в процессе выполнения задания, много отвлекаются.

Таким образом, анализ полученных данных позволяет сделать вывод о том, что практически все исследуемые компоненты когнитивного развития детей старшего дошкольного возраста с СДВГ и ЗПР находятся на низком уровне.

Проведенное исследование доказало необходимость разработки методики коррекции синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития.

2.2 Методика коррекции синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития

В рамках исследования была разработана методика коррекции синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития.

Методика была апробирована на базе Волховского комплексного центра социального обслуживания населения «Береника» (г. Волхов, Ленинградская область).

Цель методики – развитие и активизация процессов мышления, восприятия, внимания, памяти.

Форма работы– индивидуальная или групповая на занятиях в игровой форме.

Продолжительность эксперимента: с марта 2024 года по май 2025 года.

В основе разработки лежали следующие положения:

- 1) коррекционная работа должна проводиться поэтапно с опорой на

принципы комплексности и системности коррекционного воздействия; последовательно в зависимости от возраста детей и их психофизиологических особенностей, а также условий их обучения;

- 2) упражнения должны носить развивающую направленность, содействовать развитию познавательной сферы детей старшего дошкольного возраста с СДВГ и ЗПР [20].

Личностно-ориентированный подход в методике выражается в следующих положениях:

- 1) опора на положительные качества, подход к детям с СДВГ и ЗПР с оптимизмом и доверием;
- 2) просьбы, стимулирующие добрые дела;
- 3) показ положительных примеров;
- 4) проявление доброты, внимания, заботы;
- 5) внушение уверенности;
- 6) реализация потребностей в игре;
- 7) удовлетворение потребности в самореализации;
- 8) похвала, присуждение награды.

Основными разделами коррекционной работы являются следующие: психотерапевтическая работа с ребенком и психолого-педагогические мероприятия. Принципы построения методики:

1. Единство диагностики и коррекции. Коррекционно-развивающая работа по формированию организационных умений и навыков детей старшего дошкольного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивности и задержкой психического развития проводится после диагностики уровня когнитивного развития, функций организации, программирования и контроля психической деятельности; двигательной ориентировки, процессов мышления, восприятия, внимания,

памяти, так как данные обследования определили направления коррекционно-развивающей работы [39].

Также по завершению коррекционно-развивающей работы проводится итоговое обследование зрительного восприятия, пространственной ориентации и зрительно-моторной координации с целью выявления уровня развития этих функций и определения направлений дальнейшей коррекционно-развивающей работы.

2. Учет «зоны ближайшего развития» (по Л. С. Выготскому). В нашей программе процесс формирования функций организации, программирования и контроля психической деятельности; двигательной ориентировки, процессов мышления, восприятия, внимания, памяти, осуществляется постепенно с учётом ближайшего уровня развития данных функций, то есть каждое последующее задание немного сложнее предыдущего.

3. Учет возрастно-психологических и индивидуальных особенностей ребенка. Задания в нашей программе предлагаются с учётом возраста детей, особенностей их психического и моторного развития (в отличие от детей с нормальным темпом психического развития – даётся больше времени на выполнение задания, повторяется инструкция, на начальных этапах – помощь (обучающая)).

4. Активного привлечения социального окружения к участию в коррекционной работе. Наша программа рассчитана на взаимодействие психолога, дефектолога, логопеда, родителей.

5. Сочетание традиционных форм с инновационными. Формы работы определяются целями занятий, для которых характерно сочетание как традиционных методов и приемов, так и применение информационно-коммуникационных технологий (создание презентаций к урокам, работа на интерактивной доске, использование различных обучающих программ,

использование ресурсов Интернет и т.д.). Традиционные методы, используемые на занятиях, обогащаются игровыми ситуациями [20].

При реализации программы соблюдались два обязательных условия, предложенных Ю.С. Шевченко.

1. Развитие и тренировка слабых функций должна проводиться в эмоционально-привлекательной сфере, что существенно повышает переносимость предъявляемой нагрузки и мотивирует усилия по самоконтролю. Этому требованию соответствует игровая форма занятий.

2. Подбор таких игр, которые, обеспечивая тренировку какой-либо одной функциональной способности, не возлагали бы одновременной нагрузки на другие дефицитные способности [39].

Ведущим видом деятельности в дошкольном возрасте является игра. Д.Б. Эльконин утверждал, что игра – это символично-моделирующий тип деятельности, в которой операционно-техническая сторона минимальна, операции сокращены, предметы условны.

В дошкольном возрасте усвоение новых знаний в игре происходит значительно успешнее, чем на учебных занятиях. Ребёнок, увлеченный привлекательным замыслом новой игры, как бы не замечает того, что он учится, хотя при этом он то и дело сталкивается с затруднениями, которые требуют перестройки его представлений и познавательной деятельности. Если на занятии ребёнок выполняет задание взрослого, то в игре он решает свою собственную задачу. Знания, поданные в готовой форме и не связанные с жизненными интересами дошкольника, плохо им усваиваются и не развивают его. В игре же как раз ребёнок сам стремится научиться тому, что он еще не умеет [39].

Цель игры всегда имеет два аспекта: познавательный – то, чему мы должны научить ребёнка, какие способы действия с предметами хотим ему передать и воспитательный – те способы сотрудничества, формы общения и отношения к другим людям, которые следует привить детям [39].

Следовательно, целесообразно строить методику коррекции когнитивных нарушений у детей старшего дошкольного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью на основе игр.

Игры для детей подбирались в соответствии с теми показателями, которые являются проблемными при проявлении гиперактивности:

- 1) развитие внимания,
- 2) снятие мышечного и эмоционального напряжения,
- 3) развитие навыков волевой регуляции,

Подбирая игры для гиперактивных детей, необходимо учитывать следующие особенности таких детей: дефицит активного внимания; импульсивность; очень высокая активность; неумение длительное время подчиняться групповым правилам; неумение длительное время выслушивать и выполнять инструкции (заострять внимание на деталях); быстрая утомляемость.

В игре гиперактивным детям трудно дождаться своей очереди и считаться с интересами других. Поэтому включать таких детей в коллективную работу следует поэтапно.

Начинать можно с индивидуальной работы, затем привлекать ребенка к играм в малых подгруппах и только после этого переходить к коллективным играм. Желательно использовать игры с четкими правилами, способствующие развитию внимания, умения контролировать свои импульсивные действия.

Отдельным этапом в работе может стать использование игр, которые помогут ребенку приобрести навыки контроля двигательной активности.

Проведя работу по тренировке одной слабой функции и получив результаты, можно подбирать игры на тренировку сразу двух функций.

При этом надо стараться увлечь ребенка; от участия в играх и упражнениях, направленных на развитие двух слабых функций (внимание и контроль импульсивности, внимание и контроль двигательной активности

и др.), можно переходить к более сложным формам работы по одновременной (в одной и той же игре) отработке всех трех функций.

Предлагаемые мероприятия в рамках Методики коррекции синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития представляют собой цикл занятий, направленных на снижение признаков гиперактивности у детей 5-6 лет.

Материалом для занятий служат игры, направленные на снижение проявлений гиперактивности.

Программа состоит из 12 занятий (4 раза в неделю), продолжительностью 20 минут.

В начале занятия необходимо настроить детей на предстоящую деятельность. Заканчивать занятие следует подведением итогов: высказываниями детей об успехах и неудачах, чувствах, пережитых от совместной деятельности.

В таблице 2 представлены примеры игр, в соответствии с критериями гиперактивности, которые вошли в методику.

Таблица 2 – Игры для занятий по снижению проявлений гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с ЗПР

Критерии гиперактивности	Цель игр	Названия игр
Дефицит активного внимания	Развитие произвольного внимания, мелкой моторики пальцев; развитие умения концентрировать внимание на деталях.	«Выкладывание из палочек» (А.А. Осипова) «Зеваки» (М.И. Чистякова) «Броуновское движение» (Ю.С. Шевченко) «Найди отличие» (Е.К. Лютова, Г.Б. Моница) «Слушай команду» (М.И. Чистякова)

Критерии гиперактивности	Цель игр	Названия игр
Двигательная расторможенность	Снятие напряжения, мышечных зажимов, развитие чувственного восприятия, гармонизация отношений между ребенком и взрослым; снять мышечное напряжение с кистей рук, дать возможность гиперактивным детям подвигаться в свободном ритме и темпе; дать возможность ребенку сбросить накопившуюся энергию.	«Передай мяч» (Н.Л. Кряжева) «Давайте поздороваемся» (Е.К.Лютова, Г.Б.Монтна) «Ласковые лапки» (И.В. Шевцова) «Ловим комаров» (Е.К. Лютова, Г.Б. Моница) «Замри» (Чистякова М. И.)
Импульсивность	Развитие произвольного внимания; научить детей контролировать свои действия.	«Говори!» (Е.К. Лютова, Г.Б. Моница) «Разговор с руками» (И.В. Шевцова) «Послушай тишину» (Г.Д. Черепанова)

Рассмотрим примеры игр, по каждому критерию.

«Выкладывание палочек»

Цель: развитие произвольного внимания, мелкой моторики пальцев.

Оборудование: счетные палочки (куски толстой изоляционной проволоки, трубочки для коктейлей и т.д.), образец узора.

Описание. Ребенку предлагают по образцу выложить узор или силуэт из палочек.

1-й уровень сложности – узоры в одну строчку (карточки);

2-й уровень сложности – простые силуэты, состоящие от 6 до 12 палочек(карточки);

3-й уровень сложности – более сложные силуэты, состоящие от 6 до 13 палочек (карточки);

4-й уровень сложности – сложные силуэты с большим количеством деталей, состоящие от 10 до 14 палочек (карточки).

Инструкция. «Посмотри, что изображено на этом рисунке (узор, домик и т.д.)? Возьми палочки и выложи из них точно такой же узор (при выкладывании будь внимателен. Приступай к работе»

«Найди отличия»

Цель: развитие произвольного внимания, переключение и распределение внимания.

Оборудование: карточка с изображением двух картинок, имеющих различия.

Описание. Ребенку предлагаются:

- 1) серия картинок по две картинки на каждой карточке; в каждой картинке надо найти пять отличий;
- 2) карточка с изображением двух картинок, отличающихся друг от друга деталями. Необходимо найти все имеющиеся отличия.

Инструкция. «Посмотри внимательно на эту карточку. На ней изображены две картинки, которые отличаются друг от друга различными деталями. Необходимо быстро найти все имеющиеся отличия. Начинай искать».

«Ласковые лапки»

Цель: снять напряжение, мышечные зажимы, снизить агрессивность, развивать чувственное восприятие, гармонизировать отношения между ребенком и взрослым.

Взрослый подбирает шесть-семь мелких предметов различной фактуры: кусочек меха, кисточку, стеклянный флакон, бусы, вату и т.д., выкладывает их на стол. Ребенку воспитатель предлагает оголить руку по локоть, объясняет, что по ней будет ходить «зверек» и касаться ласковыми лапками. Надо с закрытыми глазами угадать, какой «зверек» прикасался к

руке, - отгадать предмет. Прикосновения должны быть поглаживающими, приятными.

«Передай мяч»

Цель: снять излишнюю двигательную активность.

Сидя на стульях или стоя в кругу, играющие стараются как можно быстрее передать мяч, не уронив его, соседу. Можно в максимально быстром темпе бросать мяч друг другу или передавать его, повернувшись спиной в круг и убрав руки за спину. Усложнить упражнения, можно попросив детей играть с закрытыми глазами или используя в игре одновременно несколько мячей.

«Замри»

Цель: развитие внимания и памяти.

Дети прыгают в такт музыке (ноги в стороны – вместе, сопровождая прыжки хлопками над головой и по бедрам). Внезапно музыка обрывается. Играющие должны застыть в позе, на которую пришлась остановка в музыке. Если кому-то из участников это не удалось, он выбывает из игры. Снова звучит музыка – оставшиеся продолжают выполнять движения. Играют до тех пор, пока в круге не останется лишь один играющий.

«Разговор с руками»

Цель: научить детей контролировать свои действия

Если ребенок подрался, что-то сломал или причинил кому-нибудь боль, можно предложить ему такую игру: обвести на листе бумаги силуэт ладони. Затем предложить ему оживить ладошки – нарисовать им глазки, ротик, раскрасить цветными карандашами пальчики. После этого можно затеять беседу с руками. Спросите: «Кто вы, как вас зовут?», «Что вы любите делать», «Чего не любите?», «Какие вы?». Если ребенок не подключается к разговору, проговорите диалог сами.

При этом важно подчеркнуть, что руки хорошие, они многое умеют делать (перечислите, что именно). Но иногда не слушаются своего хозяина.

Закончить игру можно «заключением договора» между руками и их хозяином. Пусть руки пообещают, что в течении 2-3 дней(с сегодняшнего вечера или, в случае работы с гиперактивными детьми еще более короткого промежутка времени) они постараются делать только хорошие дела: мастерить, здороваться, играть и не будут ни кого обижать. Если ребенок согласить на такие условия, то через ранее оговоренный промежуток времени необходимо снова поиграть в эту игру и заключить договор на более длительный срок, похвалив послушные руки и их хозяина.

«Говори!»

Цель: развитие умения контролировать импульсивные действия.

Скажите детям следующее: «Ребята, я буду задавать вам простые и сложные вопросы. Не отвечать на них можно будет только тогда, когда я дам команду: говори!» Давайте потренируемся: «Какое сейчас время года?» (педагог делает паузу) «Говори!», Какого цвета у нас в группе (в классе) потолок?» ... «Говори!», «Какой сегодня день недели» «Говори!», «Сколько будет два плюс три» и т. д. Игра может проводиться как индивидуально, так и с группой детей.

В ходе эксперимента, было установлено, что большинство детей правильно воспринимают данные упражнения. Эти упражнения улучшают ритмику организма, развивают самоконтроль и произвольность помогают сосредоточиться. В итоге, это служит обеспечению регуляции, программирования и контроля психической деятельности, способствует формированию организационных умений и навыков детей старшего дошкольного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивности.

В результате проведения занятий дошкольники с СДВГ научатся логически рассуждать, пользуясь приёмами анализа, сравнения, обобщения, классификации, систематизации; у них увеличится скорость и гибкость мышления; научатся выделять существенные признаки и закономерности предметов; научатся определять отношения между понятиями или связи

между явлениями и понятиями, концентрировать, переключать своё внимание, самостоятельно выполнить задания, осуществлять самоконтроль, оценивать себя, искать и исправлять свои ошибки.

Разработанная методика обеспечивает повышение уровня когнитивного развития детей старшего дошкольного возраста с СДВГ, о чем свидетельствуют материалы, представленные нами в следующем параграфе.

2.3 Эффективность использования методики коррекции синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития

На основе данных констатирующего эксперимента мы разработали методику коррекции синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития в условиях Волховского комплексного центра социального обслуживания населения «Береника». Апробация данной методики проводилась в течение 1 года и 3 месяцев.

После окончания реализации методики была проведена контрольная диагностика по выявлению уровня когнитивных нарушений у детей старшего дошкольного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью и ЗПР.

Для определения эффективности проведенной работы мы использовали тот же комплекс диагностических методик, что и в констатирующем эксперименте:

1. Методика «Торможение».
2. Методика «Повторение предложений».
3. Методика «Статуя».
4. Методика «Сортировка карт по изменяемому признаку».

5. Методика «Понимание эмоций».

В ходе итоговой диагностики когнитивного развития детей старшего дошкольного возраста с СДВГ и ЗПР нами были получены результаты, представленные в таблице 3.

Таблица 3 – Уровень когнитивного развития дошкольников с СДВГ на контрольном этапе

№	Имя Фамилия	Тесты					Общее кол-во баллов	Уровень когнитивного развития
		1	2	3	4	5		
1	Ильдар Ж.	2	1	2	2	3	10	средний
2	Андрей П..	2	1	2	2	2	9	средний
3	Марина П.	2	3	3	2	3	13	высокий
4	Алексей Р.	1	2	2	1	2	8	низкий
5	Азамат А.	3	2	3	3	2	13	высокий
6	Сабира Н.	2	2	2	2	1	9	низкий
7	Антон П..	2	2	1	2	1	8	низкий

Уровень когнитивного развития детей старшего дошкольного возраста с СДВГ и ЗПР на контрольном этапе эксперимента представлен на рисунке 3.



Рисунок 3 – Уровень когнитивного развития детей старшего дошкольного возраста с СДВГ и ЗПР на контрольном этапе эксперимента

Таким образом, по результатам контрольного эксперимента у 2 детей выявлен средний уровень когнитивного развития, 3 дошкольника показали низкий уровень когнитивного развития, 2 ребенка продемонстрировали высокий уровень.

Сравнительный анализ результатов констатирующего и контрольного этапов экспериментальной работы, показал, что уровень когнитивного развития детей старшего дошкольного возраста с СДВГ и ЗПР стал выше, чем на начало эксперимента. 2 дошкольника со средним когнитивным уровнем развития перешли на высокий уровень, количество детей с низким уровнем развития познавательной деятельности сократилось с 5 до 3 человек, однако и эти дети продемонстрировали увеличение показателей.

Сравнительные результаты развития познавательной деятельности детей с СДВГ и ЗПР на начало и конец эксперимента представлены на рисунке 4.



Рисунок 4 - Сравнительные результаты уровня когнитивного развития детей старшего дошкольного возраста с СДВГ и ЗПР на начало и конец экспериментального исследования

Результаты итоговой диагностики в их сравнении с результатами констатирующего эксперимента показали позитивные изменения в повышении уровня когнитивного развития детей. После реализации методики, дети имеют положительную динамику развития внимания и памяти, усидчивости, саморегуляции.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что занятия, проведенные в рамках формирующего эксперимента, привели к положительным результатам в рамках коррекции синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития.

Выводы по второй главе

Базой исследования выступает Волховский комплексный центр социального обслуживания населения «Береника».

В результате выполненного экспериментального исследования проблемы коррекции синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития нами были решены поставленные задачи и сделаны следующие выводы:

1. Проведенное исследование убедительно доказало, что уровень когнитивного развития детей старшего дошкольного возраста с СДВГ и ЗПР находятся на низком уровне, что указало на необходимость разработки методики коррекции синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития. Особое внимание в которой следует уделить развитию памяти, внимания, саморегуляции, усидчивости.

2. Основными целями коррекционной работы при СДВГ являются: оказание детям психологической, педагогической, логопедической и социальной помощи, обеспечение максимально полной и ранней социальной адаптации, общего и профессионального обучения. Эффективность лечебно-педагогических мероприятий определяется своевременностью, взаимосвязанностью, непрерывностью, преемственностью в работе различных звеньев.

3. Нами разработана методика коррекции синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития, которая отражает основную сферу деятельности детей этого возраста – игра.

4. Сравнительный анализ результатов констатирующего и контрольного этапов экспериментальной работы, показал, что уровень когнитивного развития детей старшего дошкольного возраста с СДВГ и ЗПР стал выше, чем на начало эксперимента. 2 дошкольника со средним

когнитивным уровнем развития перешли на высокий уровень, количество детей с низким уровнем развития познавательной деятельности сократилось с 5 до 3 человек, однако и эти дети продемонстрировали увеличение показателей.

5. Результаты итоговой диагностики в их сравнении с результатами констатирующего эксперимента показали позитивные изменения в повышении уровня когнитивного развития детей. После реализации методики, дети имеют положительную динамику развития внимания и памяти, усидчивости, саморегуляции.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что занятия, проведенные в рамках формирующего эксперимента, привели к положительным результатам в рамках коррекции синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Синдром дефицита внимания и гиперактивности – это одна из форм минимальных мозговых дисфункций, снижающая не только качество познавательных процессов ребенка, но и приводящая к нарушению эмоционально-волевой сферы, нарушению межличностных отношений с близкими людьми и сверстниками, проявлению школьной дезадаптации.

В рамках СДВГ различают три взаимосвязанных компонента:

1. Гиперактивность: повышенная возбудимость и активность, прежде всего двигательная. В плане мелкой моторики гиперактивность влечет за собой нарушения тонкой двигательной координации и двигательного торможения, что, в свою очередь, выражается в проблемах с письмом и почерком.

2. Импульсивность: ребенок нетерпелив, непредсказуем, склонен действовать, не подумав. В выполнении двигательных заданий для такого ребенка затруднительно удержаться от движения, которое должно быть задержано на некоторое время, и препятствовать осуществлению реакций, которые не относятся к поставленной задаче, но которые ребенку по той или иной причине хочется осуществить.

3. Невнимательность. Даже если у ребенка дошкольного возраста нормальный или высокий интеллект, он плохо учится, поскольку совершает множество ошибок. Помимо ошибок по невниманию, для таких детей характерна отвлекаемость. Они не заканчивают начатых заданий и избегают задач, связанных с усилием и требующих произвольной концентрации внимания. Поэтому дети с СДВГ больше страдают от повышения умственной нагрузки в ходе выполнения заданий, чем группа нормы

Синдром дефицита внимания и гиперактивности – представляет собой неврологическо-поведенческое расстройство развития (дисфункция ЦНС, преимущественно ретикулярной формации ГМ), начинающееся в детском возрасте и проявляющееся такими симптомами, как трудности

концентрации и поддержания внимания, нарушениями обучения и памяти, гиперактивность и плохо управляемая импульсивность, а также сложностями обработки экзогенной и эндогенной информации и стимулов. Это наиболее распространенное психоневрологическое расстройство среди детей и подростков, встречается примерно у 5 % детского населения и чаще диагностируется у пациентов мужского, чем женского пола в соотношении 2:1.

Хотя СДВГ долго рассматривалось как расстройство детского возраста, результаты исследований подтвердили, что примерно у 50 % пациентов симптомы СДВГ, претерпевая определенную трансформацию, продолжают отмечаться, когда они становятся взрослыми.

Дети с СДВГ не вполне готовы к школьному обучению. У них не сформированы предпосылки к овладению школьных навыков. Они испытывают трудности в овладении счетом, чтением и письмом. Им сложно регулировать свое эмоциональное состояние, произвольно организовывать свою деятельность. Дети с СДВГ имеют серьезные проблемы в социальном взаимодействии, включая взаимодействие с родственниками, учителями и сверстниками.

Оказание помощи детям с СДВГ должно ориентироваться на комплексную диагностику их психического развития и объединять различные подходы. Диагностическая и коррекционно-развивающая работа с дошкольниками, имеющими СДВГ, должна носить комплексный характер.

В нашем исследовании участвуют дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивности и с задержкой психического развития.

Под задержкой психического развития в специальной психологии понимается нарушение или замедление темпа психического развития в сравнении с нормативными показателями для данной возрастной категории.

Этот термин используется для обозначения широкой группы разнородных нарушений психического развития (дизонтогений).

Возможность объединять задержки психического развития разных типов и различной этиологии в единую категорию обусловлена тем фактом, что все эти дизонтогении имеют определённые, специфичные для данной категории нарушений, сходства проявлений в познавательной деятельности и эмоционально-волевой сфере.

Базой исследования выступает Волховский комплексный центр социального обслуживания населения «Береника» (г. Волхов, Ленинградская область).

В результате выполненного экспериментального исследования проблемы коррекции когнитивных нарушений у детей старшего дошкольного возраста с СДВГ и ЗПР нами были решены поставленные задачи и сделаны следующие выводы:

1. Проведенное исследование убедительно доказало, что уровень когнитивного развития детей старшего дошкольного возраста с СДВГ и ЗПР находятся на низком уровне, что указало на необходимость разработки методики коррекции синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития. Особое внимание в которой следует уделить развитию памяти, внимания, саморегуляции, усидчивости.

2. Основными целями коррекционной работы при СДВГ являются: оказание детям психологической, педагогической, логопедической и социальной помощи, обеспечение максимально полной и ранней социальной адаптации, общего и профессионального обучения. Эффективность лечебно-педагогических мероприятий определяется своевременностью, взаимосвязанностью, непрерывностью, преемственностью в работе различных звеньев.

3. Нами разработана методика коррекции синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития, которая отражает основную сферу деятельности детей этого возраста – игра.

4. Сравнительный анализ результатов констатирующего и контрольного этапов экспериментальной работы, показал, что уровень когнитивного развития детей старшего дошкольного возраста с СДВГ и ЗПР стал выше, чем на начало эксперимента. 2 дошкольника со средним когнитивным уровнем развития перешли на высокий уровень, количество детей с низким уровнем развития познавательной деятельности сократилось с 5 до 3 человек, однако и эти дети продемонстрировали увеличение показателей.

5. Результаты итоговой диагностики в их сравнении с результатами констатирующего эксперимента показали позитивные изменения в повышении уровня когнитивного развития детей. После реализации методики, дети имеют положительную динамику развития внимания и памяти, усидчивости, саморегуляции.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что занятия, проведенные в рамках формирующего эксперимента, привели к положительным результатам в рамках коррекции синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития.

Таким образом, цель исследования – теоретически обосновать, разработать и апробировать методику коррекции синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития – достигнута, поставленные задачи в рамках выпускной квалификационной работы были решены. Гипотеза нашла свое подтверждение.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Абрамова, Г.С. Возрастная психология [Текст]: учебно-методическое пособие для студентов психологического образования / Г.С. Абрамова. – М.: Академический Проект, 2007.-701.
2. Артпедагогика и арт-терапия в специальном образовании [Текст]: учебник для студентов средних и высших педагогических учебных заведений / Под ред. Е.А. Медведевой, И.Ю. Левченко, Л.Н. Комисаровой, Т.А. Добровольской. – М.: Академия, 2001. - 248 с.
3. Бадалян, Л.О. Минимальная мозговая дисфункция у детей (неврологический аспект) [Текст] / Л.О. Бадалян, Л.Т. Журба, Е.М. Мастюкова // Неврология новорожденных: монография / А.Ю. Ратнер. –М.: Бином. – 2020. – С. 1441 - 1446.
4. Бадалян, Л.О. Невропатология [Текст]: учебник для студентов высших учебных заведений / Л.О. Бадалян. – М.: Академия, 2019. – 400 с.
5. Барабанщиков, В.А. Системный подход в структуре психологического познания [Текст] / В.А. Барабанщиков // Методология и история психологии. – 2023. - № 2. – С. 86 – 99.
6. Белоусова, Е.Д. Синдром дефицита внимания и гиперактивности [Текст] / Е.Д. Белоусова, М.Ю. Никанорова // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2024. -№ 3. - С. 39 - 42.
7. Брызгунов, И.П. Непоседливый ребёнок или все о гиперактивных детях [Текст]: пособие по воспитанию детей / И.П. Брызгунова, Е.В. Касатикова. — М.: Издательство института Психотерапии, 2002. – 96 с.
8. Бурлачук, Л.Ф. Словарь-справочник по психодиагностике [Текст]: методическая литература / Л.Ф. Бурлачук, С.М. Морозов. - СПб.: Питер, 2021. - 520 с.
9. Введение в психодиагностику [Текст]: учебное пособие / Под ред. К.М. Гуревича, Е.М. Борисовой. - М.: АКАДЕМИА, 2000. - 192 с.

10. Винокуров, Л.Н. Основы педагогической диагностики и профилактики нервно-психических нарушений у детей и подростков [Электронный ресурс] / Л.Н. Винокуров // Электронный каталог библиотеки ФГБОУ ВО МГППУ. Дата посещения: 15.12.2024. Режимдоступа: <http://lib.mgppu.ru/opacunicode/index.php?url=/notices/index/IdNotice:18383/Source:default>
11. Власова, Т.А. Учителю о детях с отклонениями в развитии [Электронный ресурс] / Т.А. Власова, М.С. Певзнер // Электронная педагогическая библиотека. Дата обращения: 02.11.2023. Режим доступа: <https://www.litmir.me/br/?b=609765&p=1>
12. Вьюнова, В.И. Психологическая готовность ребенка к обучению В школе [Текст]: учебно-методическое пособие / В.И. Вьюнова, К.М. Гайдар, Л.В. Темнова. - М.: Академический Проект, 2019. -256 с.
13. Гаврилушкина, О.П. Психологические аспекты специального образования и новых коррекционных программ и технологий [Текст] / О.П. Гаврилушкин, Л.А. Головчиц, И.А. Егорова // Психологическая наука и образование. - 2023. - № 1. - С. 79 - 88.
14. Григоренко, Е.Л. Генетические факторы, влияющие на развитиедевиантных форм детского поведения [Текст] / Е.Л. Григоренко // Дефектология. - 2024. - № 3. - С. 32 - 41.
15. Григорьева, Л.П. Психофизиология развития внимания у детей в норме и со сложными сенсорными нарушениями [Текст] / Л.П. Григорьева // Дефектология. - 2022. №1. - С. 3-14.
16. Голдберг, Э. Управляющий мозг: лобные доли, лидерство и цивилизация / Э. Голдберг. – М. : Смысл, 2003. – 335 с. 8.
17. Грибанов, А.В. Церебральное энергообеспечение у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности / А.В. Грибанов, А.Н. Подоплекин, Д.Н. Подоплекин // Альманах «Новые исследования». – М. :Вердана. – 2022. – №2 (19). – С. 31-32.

18. Дубровинская, Н.В. Психофизиология ребенка. Психофизиологические основы детской валеологии : учеб.пособие для студентов высш. учебных заведений / Н.В. Дубровинская, Д.А. Фарбер, М.М. Безруких. – М. :Владос, 2000.
19. Журба, Л.Т. Нарушение психомоторного развития детей первого года жизни / Л.Т. Журба, Е.А. Мастюкова. – М. : Медицина, 1981.
20. Заваденко, Н.Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте : учеб.пособие / Н.Н. Заваденко. – М. : Академия, 2005.
21. Заваденко, Н.Н. Гиперактивность у детей [Текст] / Н.Н. Заваденко // Материнство. - 2023. - №5.-С. 15-18.
22. Заваденко, Н.Н. Диагноз и дифференциальный диагноз СДВ с гиперактивностью у детей [Текст] / Н.Н. Заваденко // Школьный психолог. - 2024. - № 4. - С. 9-11.
23. Заваденко, Н.Н. Как понять ребенка: дети с гиперактивностью и дефицитом внимания [Текст]: методическое пособие / Н.Н. Заваденко. – М.: Школа-Пресс 1, 2001. - 128 с.
24. Заваденко, Н.Н. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью: выбор оптимальной продолжительности лекарственной терапии / Н.Н. Заваденко, Н.Ю. Суворинова // Ж-л неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2022. – Т. 111. – № 10. – С. 28-32.
25. Заваденко, Н.Н. Факторы риска для формирования дефицита внимания и гиперактивности у детей [Текст] / Н.Н. Заваденко // Мир психологии. - 2023. - № 3. - С. 196-208.
26. Заваденко, Н.Н. Школьная дезадаптация: психоневрологическое нейropsychологическое исследование [Текст] / Н.Н. Заваденко, Н. Манелис, Т.В. Успенская, Н.Г. Суворина, Т.П. Борисова // Вопросы психологии. - 2023. - № 4. - С. 2 -28.
27. Захаров, А.И. Классификация нервных нарушений у детей, их проявления и распространенность [Текст] / А.И. Захаров // Хрестоматия. Дети с нарушениями развития: учебное пособие для студентов и слушателей

специальных факультетов / Сост. М.В. Астапов. – М.: Международная педагогическая академия, 2005. – С. 47 – 54.

28. Игумнов, С.А. Клиническая психотерапия детей и подростков [Текст]: справочное пособие / С.А. Игумнова. - Минск: БЕЛАРУСКАЯ НАУКА, 2022. - 189 с.

29. Изотова Е.И., Никифорова ЕВ. Эмоциональная сфера ребенка: теория и практика: учеб.пособие. - М.: Академия, 2004. - 288 с.

30. Ильин, Е.П. Психология воли [Текст]: мастера психологии / Е.П. Ильин – СПб.: Питер, 2009. - 288 с.

31. Карпов, А.В. Психология принятия управленческих решений [Текст]: социально-психологические проблемы управления / Под ред. В.Д. Шадрикова. - М.: Юристъ, 2008. - 440 с.

32. Конева, О.Б. Психологическая готовность детей к школе [Текст]: учебное пособие / О.Б. Конева. - Челябинск: ЮурГУ, 2000. - 135 с.

33. Кошелева, А.Д. Гиперактивный ребенок [Текст] / А.Д. Кошелева, Л.С. Алексеева // Первое сентября. - 2023. - №7. - С. 7-9.

34. Кошельков, Д.А. Особенности произвольной регуляции деятельности у детей 5-6-ти лет с признаками дефицита внимания б1 и гиперактивности / Д.А. Кошельков, О.А. Семенова // Альманах «Новые исследования». – М. :Вердана. – 2021, №2 (19). – С. 47-48.

35. Крушельницкая, О.И. Такое обычное невнимание [Текст] / О.И. Крушельницкая, А.Н. Третьякова // Биология в школе. - 2024. - № 2. - С. 22-25.

36. Кучма, В.Р. Проявления синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей [Текст] / В.Р. Кучма, И.П. Брызгунова // Психологическое обследование детей дошкольного — младшего школьного возраста: тексты и методические материалы / Ред.-сост. Г.В. Бурменская. — М.: УМК «Психология», 2024. — С. 311—317.

37. Кучма В.Р., Платонова А.Г., Баль Л.В. и др. Распространенность, диагностика и лечение синдрома дефицита внимания с

гиперактивностью детей // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2021. - № 2. - С 43.

38. Левандровская Е.А. Эффективное взаимодействие педагогов с детьми, страдающими синдромом дефицита внимания гиперактивностью [Текст] / Е.А. Левандровская, М.В. Кожевников // Цифровизация: теория и практика современного образования: Сборник статей по итогам Международного научно - практического форума (Челябинск, 17 июня 2022 г.), Челябинск Изд-во Библиотека А. Миллера, 2022. – 289 с

39. Мазина, А.К. Исследование особенностей проявления синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей дошкольного возраста // Северо-Кавказский психологический вестник. 2019. №2. URL:

40. Максимова А. Гиперактивность и дефицит внимания у детей.- Ростовн/Д: Феникс, 2006. - 224 с.

41. Марковская, К.С. Лебединская, М.Н. Фишман, В.Д. Труш. – Москва // Хрестоматия по нейропсихологии: учебное пособие / ред. Е.Д. Хомская. – Москва : Российское психологическое общество, 2005. – С. 464-466.

42. Моница, Г.Б. Гиперактивные дети. Психолого-педагогическая коррекция [Текст]: методическое пособие / Г.Б. Моница, Е.К. Лютова-Робертс, Л.С. Чутко. – СПб.: Речь, 2007. – 127 с.

43. Московкина, А.Г. Как помочь ребенку с нарушением внимания [Текст] / А.Г. Московкина, И.В. Анисимова // Дефектология, 2022. - № 1, - С.61-65.

44. Мухина, В.С. Детская психология [Текст]: учебник для студентов педагогических институтов / В.С. Мухина. - М.: Просвещение, 2012.

45. Мэш, Э. Нарушения психики ребенка [Текст]: психологическая энциклопедия / Э. Мэш, Д. Вольф. - СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК», 2003.

46. Нижегородцева, Н.В. Психолого-педагогическая готовность ребенка к школе [Текст]: учебное пособие для студентов / Н.В. Нижегородцева, В.Д. Шадриков. - М.: Владос, 2002. - 256 с.

47. Обухова, Л.Ф. Детская возрастная психология [Текст]: учебное пособие для студентов ВУЗов / Л.Ф. Обухова. - М.: Педагогическое общество России, 2000. - 443 с.
48. Официальный сайт Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Няганский комплексный центр социального обслуживания населения» <https://86kcsn.ru/>
49. Петрова, В.Г. Кто они, дети с отклонениями в развитии? [Текст]: книга для воспитателей / В.Г. Петрова, И.В. Белякова - М.: Флинта, 2002.- 104 с.
50. Пугач, В.Н. Оптимизация обучения и развития детей с нарушениями внимания и поведения: педагогическая компенсация минимальных мозговых дисфункций [Текст] / В.Н. Пугач, Л.А. Ясюкова // Защита детства: социальные, правовые и медико-психоло-педагогические аспекты. Информационно- методическое издание / Под ред. О.В. Пишковой, А.Ф. Радевич. - Ижевск: ИГОО, 2023.-С. 74-87.
51. Семаго, Н.Я. Проблемные дети: основы диагностической и коррекционной работы психолога [Текст]: методическое пособие / Н.Я. Семаго, М.М. Семаго. – М.: АРКТИ, 2008. - 165 с.
52. Семенович, А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте [Текст]: учебное пособие для высших учебных заведений / А.В. Семенович. – М.: «Академия», 2008. — 232 с.
53. Сиротюк, А.Л. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью. - М.: Сфера, 2002.-167 с.
54. Специальная педагогика [Текст]: учебное пособие / под ред. Н.М. Назаровой. - М.: Академия, 2005. - 400 с.
55. Хиншоу, С.В. Дефицит внимания с гиперактивностью: поиск эффективного лечения. Психотерапия детей и подростков / С.В. Хиншоу ; под ред. Ф. Кендалла. – СПб. : Питер, 2002. – С. 97-107.

56. Хотылева, Т.Ю. Технологии психолого-педагогической помощи детям с СДВГ в Норвегии / Т.Ю. Хотылева, Т. Ахутина // Электронный журнал «Психологическая наука и образование», 2023. – № 5. 31.

57. Цветков, А.В. О развитии саморегуляции психической деятельности у младших школьников с СДВГ / А.В. Цветков, Е.В. Власенко // Личностный ресурс субъекта труда в изменяющейся России : матер. 2 Междунар. науч.- практич. конф. – Кисловодск, Ставрополь, М. :СевКавГТУ. – Ч. 2 : симпозиум «Субъект и личность в психологии саморегуляции». – С. 372-373.

58. Цветкова, Л.С. Методика нейропсихологической диагностики детей / Л.С. Цветкова. – Изд. 4-е, испр. и доп. – М. : Педагогическое общество России, 2002.

59. Чутко, Л.С. Коморбидные тревожные расстройства при синдроме дефицита внимания с гиперактивностью / Л.С. Чутко, К.А. Айкбеков, О.В. Лапшина и др. // Ж-л неврологии и психиатрии, 2023. – С. 49-52.

60. Чутко, Л.С. Нейромультивит при синдроме нарушения внимания с гиперактивностью у детей [Текст] / Л.С. Чутко, Ю.Д. Кропотов, Е.А. Яковенко, Н.Ю. Королева // Неврология и психиатрия им. С.С. Корсакова, 2024. - №5. - С. 56-58.

61. Чутко, Л.С. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью и сопутствующие расстройства / Л.С. Чутко. – СПб. : Хока, 2007.

62. Чутко Л.С., Юрьева Р.Г., Сурушкина С.Ю., Никишена И.С., Яковенко И.С., Анисимова Т.И., Айтбеков К.А. Принципы оказания помощи детям с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью. Журнал неврологии и психиатрии.- 2022. № 11. 76-79.

63. Шевченко, Ю.С. Коррекция поведения детей с гиперактивностью и психопатоподобным синдромом [Текст]: практическое руководство для врачей и психологов / Ю.С. Шевченко. М.: Просвещение, 2007. – 245 с.

64. Яблонская, Т.В. Участие невролога в формировании маршрута коррекционной помощи детям с синдромом дефицита внимания с

гиперактивностью / Т.В. Яблонская, И.В. Суранова // Альманах «Новые исследования». – М. :Вердана. – 2021. – №2 (19). – С. 80-81.

65. Ясюкова, Л.А. Методика определения готовности к школе. Прогноз и профилактика проблем обучения в начальной школе [Текст]: методическое руководство / Л.А. Ясюкова. - СПб.: ГП «Иматон», 2019. – 178с.