



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

Игровая деятельность как средство развития речевой активности
детей старшего дошкольного возраста с синдромом дефицита
внимания и гиперактивности
Магистерская диссертация
по направлению: 44.04.03 Специальное (дефектологическое) образование
Направленность (профиль): Психолого-педагогическая реабилитация лиц с
ограниченными возможностями здоровья
Форма обучения заочная

Проверка на объем заимствований:

88 % авторского текста

Работа рекомендована к защите

«22» 01 2021 г.

Зав. кафедрой ППО и ПМ

[Подпись] Корнеева Н.Ю.

Выполнил(а):

Студент(ка) группы ЗФ-309-170-2-1
Мезенова Ирина Анатольевна

Научный руководитель:

Кожевников Михаил Васильевич,
д.фил.н., профессор

[Подпись]

Челябинск
2021

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1 ГИПЕРАКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ СРЕДНЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА КАК ПРЕДМЕТ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	9
§ 1 Феномен синдрома дефицита внимания и гиперактивности	9
§ 2 Причины синдрома дефицита внимания и гиперактивности	23
§ 3 Характеристика развития речи у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности	29
§ 4 Особенности игровой деятельности у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности	34
ГЛАВА 2 ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ИГРОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СПОСОБСТВУЮЩЕЙ РАЗВИТИЮ РЕЧИ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ.....	39
§ 1 Диагностика особенностей развития речи у детей среднего дошкольного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивности	39
§ 2 Программы и методики помощи, реабилитации детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности с применением игровых и нетрадиционных методов	44
§ 3 Анализ эффективности методов коррекции речевой активности у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности.....	56
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	59
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК	62

ВВЕДЕНИЕ

Каждый ребенок приходит в этот мир особенным. Мы не можем повлиять на то, каким именно он родится – мы можем только сотрудничать с природой, чтобы позволить этому ребенку развиваться согласно его потенциалу и его внутренней тайне. И в этом, наверное, сложнейшая задача для родителей и всех взрослых, которые отвечают за воспитание ребенка, – распознать в нем особые задатки, таланты, его внутреннюю программу развития и поддержать ребенка на его пути в Жизнь¹. Это задача не из легких – ведь каждый ребенок неповторим и, как кто-то метко пошутил, в отличие от бытовой техники, дети приходят в семьи без инструкции по эксплуатации. Впрочем, даже если бы и были такие инструкции, можно ли воспитать, вырастить ребенка «по книге», могут ли чьи-либо рецепты заменить интуитивное ощущение ребенка в ежедневной неповторимости жизни и отношений?

Особенно нелегка эта задача по отношению к детям, о которых пойдет речь далее, – эти дети во многом «другие» и имеют свои особые потребности. Эти дети часто создают трудности и испытания для родителей, учителей и всех, кто живет рядом с ними. Этим детей называют по-разному – гиперактивными, импульсивными, расторможенными; можно привести еще целый спектр медицинских диагнозов, которые им ставили. В ярлыках ли суть? Наша задача понять таких детей, чтобы им помочь на нелегком жизненном пути.

В конце XIX века в книге Ф. Шольца «Недостатки в характере ребенка. Вторая золотая книжка» была выделена и описана группа детей, называемая им «беспокойными, трудными» детьми. По словам автора, подобный ребенок от других отличается тем, что подвижность у него распространяется большей частью на весь организм. Руки и ноги находятся в беспокойном произвольном движении, но данные

¹ Заваденко Н.Н. Диагноз и дифференциальный диагноз Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей: методические рекомендации. - Москва: Академия, 2005. – С. 4.

движения эти дети выполняют не твердо и уверенно, а, напротив, они излишне «мечутся» во все стороны и своей неуклюжестью лишь осложняют дело. Таких детей, пишет автор, можно назвать «трепещущими», а болтливость ничто иное, как перенесение мускулатурного беспокойства на область речи. В 1845 году врач Генрих Хоффман описал синдром дефицита внимания и гиперактивности в томиках стихов. Наиболее полное определение гиперактивности дает Моница Г.Н. в своей книге по работе с детьми, страдающими дефицитом внимания: «Комплекс отклонений в развитии ребенка: невнимательность, отвлекаемость, импульсивность в социальном поведении и интеллектуальной деятельности, повышенная активность при нормальном уровне интеллектуального развития.

Синдром дефицита внимания и гиперактивности является актуальной темой в связи с огромной распространенностью среди детского поколения. Социальная значимость состоит в том, что в подростковом возрасте проблемы у ребенка с СДВГ могут только нарастать. Подростки с СДВГ очень часто совершают противоправные действия, становятся участниками правонарушений и преступлений и ведут аморальный образ жизни. Поэтому наша задача вовремя диагностировать у ребенка СДВГ и проводить коррекционную, профилактическую, лечебную работу для того чтобы уберечь от неприятностей которые могут ожидать его в подростковом возрасте.

По данным разных авторов гиперактивное поведение встречается довольно часто: от 2 до 20% учащихся характеризуются чрезмерной подвижностью, расторможенностью. Среди детей с расстройством поведения медики выделяют особую группу страдающих незначительными функциональными нарушениями со стороны центральной нервной системы¹. Эти дети мало, чем отличаются от здоровых, разве что повышенной активностью. Однако постепенно

¹ Лебедева А.И. особенности педагогической поддержки гиперактивных детей. – Москва: Б.и., 2020. – С. 43.

отклонения отдельных психических функций нарастают, что приводит к патологии, которая чаще всего называется «легкая дисфункция мозга». Заболевание, характеризующееся данными показателями, получило название «синдром дефицита внимания с гиперактивностью» (СДВГ). И самое главное не в том, что гиперактивный ребенок создает проблемы для окружающих детей и взрослых, а в возможных последствиях этого заболевания для самого ребенка. Следует подчеркнуть две особенности СДВГ. Во-первых, ярче всего он проявляется у детей в возрасте от 6 до 12 лет и, во-вторых, у мальчиков он встречается в 7-9 раз чаще, чем у девочек. Высокая чистота заболевания у мальчиков может быть обусловлено более высокой уязвимостью мужского пола по отношению к патогенетическим воздействиям во время беременности и родов. Девочки имеют больший резерв компенсаторных функции при поражении ЦНС по сравнению с мальчиками¹.

Помимо легкой дисфункции мозга и минимальной мозговой дисфункции, некоторые исследователи (И.П. Брызгунов, Е.В. Касатикова, А.Д. Кошелева, Л.С. Алексеева) называют причинами гиперактивного поведения еще и особенности темперамента, а также пороки внутрисемейного воспитания. Интерес к данной проблеме не убывает, поскольку, если 8-10 лет назад таких детей в классе было по одному - два, то сейчас - до пяти человек и более. И.П. Брызгунов отмечает, что если в конце 50х годов публикаций на эту тему было порядка 30, то в 1990 году их число возросло до 7000.

Изучение детей с указанным синдромом и развитие дефицитарных функций имеет большое значение для психолого-педагогической практики именно в дошкольном возрасте. Ранняя диагностика и коррекция должны быть ориентированы на дошкольный возраст (5 лет), когда

¹ Бондаренко Г.А. Оздоровительная физическая культура у гиперактивных детей. – Смоленск: СГАФКСТ, 2016. – С. 23.

компенсаторные возможности мозга велики, и еще есть возможность предотвратить формирование стойких патологических проявлений¹.

Цель работы: разработать комплекс игровых программ, в которых будут предусмотрены все условия для полноценного развития речевой активности детей старшего дошкольного возраста с СДВГ.

Объект исследования: речевая активность детей старшего дошкольного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивности.

Предмет исследования: развитие речевой активности детей старшего дошкольного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивности посредством игровой деятельности

Задачи работы:

1. Раскрыть феномен дефицита внимания и гиперактивности;
2. Рассмотреть причины синдрома дефицита внимания и гиперактивности;
3. Дать характеристику развития речи у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности;
4. Выявить особенности игровой деятельности у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности;
5. Раскрыть диагностические особенности развития речи у детей среднего дошкольного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивности;
6. Разработать программы и методики помощи, реабилитации детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности с применением игровых и нетрадиционных методов;
7. Провести анализ эффективности методов коррекции речевой активности у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности.

¹ Брызгунов И.П. Непоседливый ребенок, или все о гиперактивных детях. – Москва: Издательство Института Психотерапии, 2010. - С. 45.

Гипотеза работы: разработанные игровые методики и программы имеют широкий потенциал коррекции поведения и развития речевой активности у гиперактивных детей и позволят снизить их двигательное беспокойство и суетливость, что позволит контролировать их действия и поступки с помощью определенного игрового сюжета.

База научного исследования: группа - 10 человек, воспитывающихся в детском саду № 72 г. Златоуста

Для реализации поставленной цели и решения задач, а также для подтверждения гипотезы использованы следующие методы исследования: теоретический анализ литературных источников по данной проблеме; экспериментально-психологический; клинико-биографический (исследование личных дел детей с СДВГ); математический анализ; наблюдение.

Теоретико-методологическая основа:

1. Концепция психического развития и возрастно-психологический подход Л.С. Выготского и его последователей;
2. Теория о развитии речи ребенка доктора медицинских наук М.М. Кольцовой;
3. Диагностические рекомендации и структурированный опросник, разработанный Н.Н.Заваденко;
4. Систематизированный врачебный опыт Гарбузова В.В. по профилактике, коррекции и лечению детской нервной;
5. Методика обучения через движения на основе гимнастики мозга разработанная П. Деннисон.

Научная новизна: полученные результаты исследования позволяют расширить существующие представления о коррекции речевой активности у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности с применением игровых и нетрадиционных методов.

Теоретическая значимость: результаты, полученные в результате исследования речевой активности детей с синдромом дефицита внимания

и гиперактивности, дополняют имеющиеся, теоретические представления по коррекционной работе с такими детьми.

Практическая значимость: данная работа может быть полезна для воспитателей специальных учреждений, преподавателей ВУЗов, а также для воспитателей детских садов, дефектологов.

Структура работы:

1. Титульный лист;
2. Содержание;
3. Введение;
4. Глава 1 (теоретическая);
5. Глава 2 (методическая и экспериментальная);
6. Заключение;
7. Список литературы.

ГЛАВА 1 ГИПЕРАКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ СРЕДНЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА КАК ПРЕДМЕТ ИССЛЕДОВАНИЯ

§ 1 Феномен синдрома дефицита внимания и гиперактивности

Синдром дефицита внимания означает не отдельно взятую болезнь - это спектр симптомов, которые могут встречаться при самых различных состояниях. В основном они связаны с повреждениями тех или иных областей головного мозга. Дефицит внимания выделяется в том, что ребенок с трудом может устремлять, удерживать свое внимание. Внимание - психофизиологический механизм, состояние, характеризующее динамические особенности познавательной работы, которые проявляются в ее сосредоточенности на сравнительно узком участке внешней или внутренней реальности, которые на текущий момент времени становятся осознаваемыми и фокусируют на себе психические и физические силы человека в течение определенного промежутка времени. Ни один психический механизм невозможен без фокусирования и удержания внимания на каком бы то ни было объекте или событии. Внимание как нужное условие познавательной или любой другой работы изучается психологией с давних пор. Л. С. Выготский рассматривал внимание через призму организации поведения, а его развитие связывал с «овладением» своим поведением, т. е. с возможностью произвольно руководить своими поступками. Внимание описывалось как способ регуляции поведения. Как и другие психические функции, Выготский рассматривал внимание в двух формах — как природное внимание и как продукт культурного формирования, т.е. внимание это ВПФ. Линию натурального формирования он связывал с естественным процессом роста и созревания нервного аппарата. Линию культурного формирования — с развитием социального взаимодействия и использованием опосредующих стимулов для создания возможности «овладения» самими процессами внимания.

У некоторых взрослых с детского возраста имеется диагноз СДВГ. Зачастую эти взрослые в детском возрасте были очень активными и подвижными. Чрезмерная активность с годами к подростковому возрасту (чаще всего это 15 летний возраст) исчезла или значительно уменьшилась, а вот такие качества, как невнимательность и импульсивность, порывистость в поведении остались, к сожалению, на всю жизнь. Хотя некоторым это не мешает жить, они становятся учеными и с небывалым интересом исследуют такую актуальную тему как синдром дефицита внимания и гиперактивности, рассматривая этот диагноз через свою собственную призму. Чрезмерная активность, порывистость могут быть индивидуальными свойствами темперамента и вовсе не означать какой-либо патологии или отклонения в развитии. Воспитательница в детском саду может сказать: «в этом мальчике, как в пушистом зайчике, спрятана необычная прыгучая пружина». Однако же, если эта чрезмерная активность сочетается в детском возрасте с нарушениями активного внимания, то родители и педагоги сталкиваются со специфической проблемой, название которой Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ)¹.

СДВГ - это дисфункция центральной нервной системы, то есть совокупности различных нейронов, расположенных на стволе мозга, оказывающих активизирующие или тормозящие влияние на различные структуры ЦНС. Это проявляется трудностями концентрации и поддержания внимания, нарушениями обучения и памяти, а также сложностями обработки экзогенной и эндогенной информации и стимулов. Были проведены множественные исследования данного синдрома и были сделаны выводы, что СДВГ является заболеванием передающимся по наследству. В 2018 году ученые исследовали генетический риск в вероятности развития СДВГ у детей. Впервые ученые обнаружили генетические варианты, которые составляли примерно 22% риска развития

¹ Глозман Ж.М. Практическая нейропсихология. Опыт работы с детьми, испытывающими трудности в обучении. – Москва: Генезис, 2016. – С. 245.

СДВГ. Некоторые из генетических вариантов влияют на связь между клетками головного мозга, в то время как другие влияют на речь. Психогенетические исследования идущие одновременно с дефектологическими и психологическими, должны прояснить не только вопросы происхождения этого недуга, но и их определения, и способы лечения¹.

Синдром определяется как сочетанное, комплексное нарушение психических функций, возникающее при поражении определенных зон мозга и которое обусловлено выведением из нормальной работы того или иного компонента. Выявлено, что у детей с СДВГ повышенное внутричерепное давление, могут быть кисты в отделах мозга, страдают корковые и подкорковые зоны, нарушения структуры мозговой ткани. Важно отметить, что нарушение закономерным образом объединяет расстройства разных психических функций, внутренне которые связаны между собой. Также, синдром представляет собой, свойственное сочетание симптомов, в базе появления которых лежит нарушение фактора обусловленное дефицитом в работе конкретных мозговых зон в случае локальных поражений мозга или мозговой дисфункцией, которая вызвана прочими причинами, не имеющими локальной очаговой природы.

Как правило, в основе синдрома гиперактивности лежит минимальная мозговая дисфункция (ММД), наличие которой определяет врач-невропатолог после проведения специальной диагностики. При необходимости назначается медикаментозное лечение. Однако подход к лечению гиперактивного ребенка и его адаптации в коллективе должен быть комплексным. Как отмечает специалист по работе с гиперактивными детьми доктор медицинских наук, профессор Ю.С. Шевченко, «ни одна таблетка не может научить человека, как надо себя вести. Неадекватное же

¹ Ахметова Д.З. Педагогика, психология и технологии инклюзивного образования. – Казань: Познание, 2014. – С. 320.

поведение, возникшее в детстве, способно зафиксироваться и привычно воспроизводиться...». Вот тут-то и приходят на помощь воспитатель, психолог, учитель, которые, работая в тесном контакте с родителями, могут научить ребенка эффективным способам общения со сверстниками и взрослыми¹.

Гиперактивность (от греческого *Hyper* - над, сверху) составная часть слов, указывающая на превышение нормы. Слово «активный» пришло в русский язык из латинского «*activus*» и означает «действенный, деятельный». К внешним проявлениям гиперактивности относятся невнимательность, отвлекаемость, импульсивность, повышенная двигательная активность, снижение инстинкта самосохранения. Сказать о гиперактивном ребенке, что он непоседлив, - значит не сказать ничего. Он подвижен как ртуть. Не уследили – и он где-то наверху, откуда его можно снять только с помощью пожарной лестницы. Проникая во все щели, проваливаясь во все ямы, лазая по всем закоулкам, исследуя все чердаки и подвалы, все опрокидывая, набивая себе синяки и шишки, носится он день-деньской по квартире, по двору. Именно ребенок с СДВГ совершает побег из детского сада, но не умышленно, а потому, что обнаруживает случайно открытую калитку или щель в заборе. Его руки всегда в движении: что-то мнут, обрывают, вертят пуговицы, отковыривают краску на стене. На месте ему не усидеть. Он даже стоит, переминаясь с ноги на ногу. Ест такой ребенок стоя, на стуле ему не усидеть. Часто гиперактивности сопутствуют проблемы во взаимоотношениях с окружающими в социуме, трудности в обучении в школе либо на иных занятиях, если говорим о дошкольниках, низкая самооценка как следствие постоянных провалов и пореканий со стороны общества². При этом уровень интеллектуального развития у детей не зависит от степени гиперактивности и может превышать показатели

¹ Казаковцев Б.А. Психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99). Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации. – Москва: Прометей, 2013. – С. 214.

² Гарбузов В.И. Нервные дети: научно-популярная медицинская литература. – Москва : Медицина, 1990. – С. 67.

возрастной нормы. Гиперактивный ребенок может быть очень талантлив в любых сферах творчества, может быть замечательным спортсменом (как правило это не коллективные виды спорта). Задача родителей и педагогов заметить эти таланты и развивать их, а не цепляться за плохое поведение ребенка тем самым понижая самооценку. Организация двигательной активности – ключ к обузданию расторможенности. Бабушке с воспитанием такого ребенка не справиться, так как, направляя ребенка с СДВГ, чтобы вести его, следует бежать впереди него или рядом. Игра должна быть со смыслом и тогда бег не будет бесцельным и превращаться в целенаправленную активность. Спорт организует, в спорте первооснова – цель, и притом заманчивая. Тренер для такого ребенка не только педагог, но еще и врач. Гиперактивность, встречающаяся в детском возрасте есть совокупность симптомов, связанных с чрезмерной психической и моторной активностью. Трудно провести четкие границы этого синдрома (т.е. совокупности симптомов), но обычно он диагностируется у детей, отличающихся повышенной импульсивностью и невнимательностью, такие дети быстро отвлекаются, их равно легко и обрадовать, и расстроить. У такого ребенка все на коротком замыкании: увидел – схватил – побежал. Действует он, не задумываясь о последствиях, хотя плохого не замышляет и сам искренне огорчен происшествием. За такими детьми можно наблюдать такое – вот ребенок пытался слепить для мамы куличик, но пролетела бабочка и ребенок забыл про дело уже мчится за насекомым. Детям с СДВГ свойственны истерики и капризы, высокая эмоциональность, которой очень сложно управлять ребенку. Про таких детей говорят: « У них нет тормозов!». Ребенок с СДВГ не помнит обиды, не держит зла и, хотя поминутно ссорится со сверстниками, тут же мирится с ними. Такой ребенок может быть бескорыстно щедрым, гостеприимным, готовым отдать вам последнее, но чрезмерная активность может вас напугать. Он всегда в центре любой потасовки. Ни одна «куча мала» не обходится без гиперактивного ребенка. Извлеченный из самой ее

середины, помятый, но счастливый шалун – это он ребенок с СДВГ. Одежда его от пота не просыхает, волосы у него стоят дыбом, глаза блестят и только что не выскакивают из орбит. Часто для них характерны агрессивное поведение и негативизм. Агрессия может быть направлена на сверстников, родителей, педагогов и даже животных. В силу подобных личностных особенностей гиперактивным детям трудно концентрироваться на выполнении каких либо задач, например в школьной деятельности. Головка у него как флюгер на ветру: то поворот во одну сторону, где что-то привлекло внимание, то в другую. Родители и учителя часто сталкиваются с немалыми трудностями в обращении с такими детьми. Такому ребенку сложно усидеть на месте, он начинает выполнять произвольные движения руками или ногами, задача педагога следить за эмоциональной сферой ребенка и вовремя сменить сферу деятельности подопечного. Недостаток воли еще одна из черт ребенка с СДВГ. Ребенок не может принимать решения или выполнять простые действия, хотя осознает их необходимость. В среднем дошкольном возрасте ребенок начинает брать на себя выполнение задания и действовать из сознания необходимости довести дело до конца. Однако для дошкольников характерно и негативное проявление силы воли, выражающееся в упрямстве, негативизме и капризах (своеволии). Упрямство возникает как при резком ограничении свободы ребенка, его самостоятельности (как самозащита со стороны ребенка), так и при полной его безнадзорности (он привыкает действовать лишь по своему желанию).

Ребенку с СДВГ более всех грозит неприятие. Он способен вывести из терпения самых спокойных и ко всему привычных взрослых. Никого столько не укоряют и не стыдят, не отвергают, как его. В конце концов его убеждают, что ребенка труднее и бестолковее его нет на всем белом свете. В результате он ожесточается и разрушительно протестует. Ведь у таких детей пусть незначительно, но повреждена нервная система. При безнадзорности, предоставленный самому себе, он может стать

неустойчивым, которого несет, как щепку в реке, от беды к беде. Ребенок в таком случае слепо следует за любой подростковой группой.

Главное отличие гиперактивности от просто активного темперамента в том, что это не черта характера ребёнка, а следствие нарушений психического развития детей. Гиперактивный ребенок одинаково активно ведет себя в любом социуме, если ребенок с мамой чрезмерно активный, а с педагогом внимателен и в меру активен – значит у данного ребенка нет синдрома дефицита внимания и гиперактивности. В данном случае родителям следует задуматься над правильным выстраиванием взаимоотношений родитель-ребенок.

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью встречается у детей в возрасте от 3 до 15 лет, но наиболее часто проявляет себя в дошкольном и младшем школьном возрасте. Джеймс Перрин, доктор медицинских наук, однако заверяет, что большинство четырех летних детей очень активны, но они успокаиваются, могут играть в настольные игры, а ребенок с СДВГ все время в движении. Однако расставить границы между активным и гиперактивным ребенком может только специалист.

Данное расстройство является одной из форм минимальных мозговых дисфункций у детей. Оно характеризуется низкими показателями внимания, памяти, слабостью мыслительных процессов в целом при нормальном уровне интеллекта¹. Работоспособность на занятиях низкая, утомляемость повышена. Американский психиатр и невропатолог А. Гимпель сравнивает мозг ребенка с СДВГ с автомобилем, у которого имеется брешь в бензобаке. И так он говорит к ребенку поступает информация через зрительные и слуховые и иные анализаторы, но эта информация не доходит до коры головного мозга так как у ребенка не достаточно развиты межполушарные связи, ребенок пытается активизировать свой мозг (подключается весь организм, запускается гормональный процесс из надпочечников выделяется адреналин,

¹ Ясюкова Л.А. Оптимизация обучения и развития детей с ММД. Диагностика и компенсация минимальных мозговых дисфункций. – Санкт-Петербург: Речь, 1997. – С. 16.

увеличивается объем легких как следствие всех этих процессов возбудимость ребенка превышает норму) при помощи движения, активного поведения, но ничего из этого не выходит. При начале систематического обучения возникают трудности в освоении письма, чтения и счета, такого ребенка сложно увлечь. Ребенку с СДВГ очень часто даже сложно пересчитать счетный материал (бусины, орехи), он не может их взять пальцами применяя «пинцетный» захват, а берет горстью. Таким образом еще раз можно констатировать факт слабо развитой моторики пальцев рук. На фоне учебных трудностей и, нередко, отставании в развитии социальных навыков возникает школьная дезадаптация и различные невротические расстройства¹.

Среди дополнительных признаков синдрома дефицита внимания с гиперактивностью, называют: невозможность держать равновесие (сложно пройти по бревну), нарушение зрительнопространственной координации (ориентация на местности и листке бумаги), эмоциональные нарушения (неуравновешенность, вспыльчивость, нетерпимость к неудачам), нарушения взаимоотношений с социумом вследствие «плохого поведения», нарушение сна. Гиперактивность проявляется через сверхмерную двигательную активность, суетливость, многочисленные посторонние движения, которые сам ребенок не замечает. Для детей с этим синдромом характерны сверхмерная разговорчивость причем дети с СДВГ очень часто имеют логопедические расстройства, неспособность усидеть на одном месте, длительность сна меньше нормы. Такие дети характеризуются непоследовательностью в поведении, забывчивостью, неумением слушать и сосредотачиваться, частой утерей личных вещей. Часто родители жалуются, что их ребенок не слышит и идут к отоларингологу, но как правило у ребенка с СДВГ все хорошо со слухом.

Импульсивность выражается в том, что ребенок часто действует необдуманно, перебивает других. Такие дети не умеют регулировать свои

¹ Метельская С.Ю. Организация работы социального педагога по формированию произвольного поведения у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью. – Москва: Б.и., 2018. – С. 24.

действия и подчиняться правилам, часто повышают голос, эмоционально лабильные. К подростковому возрасту повышенная подвижность исчезает в большинстве случаев, а импульсивная активность и дефицит внимания сохраняются.

Расстройства в поведении: оппозиционные расстройства (такой ребенок не слушается, делает все наоборот, требует, чтобы все было так, как он сказал, постоянно нарушает правила и запреты), асоциальные расстройства (такие дети не просто воинственны, а асоциальным, агрессивным поведением: воруют, убегают из дома). Как правило, для детей с СДВГ характерны нарушения социального функционирования, проявляющиеся как на микросоциальном, так и на макросоциальном уровнях. Наиболее остро дети с СДВГ переживают возникающие проблемы во взаимоотношениях с окружающими, в том числе со сверстниками, педагогами, родителями, братьями и сестрами. Поведение ребенка отличается непредсказуемостью. Все это приводит к конфликтам, и ребенок становится нежеланным и отвергаемым в коллективе. В детском саду таких детей как правило сажают за отдельный стол, очень часто их могут выдворять с занятия либо ставить в угол комнаты. Сталкиваясь с подобным отношением, он часто сознательно выбирает для себя роль «клоуна», надеясь наладить отношения со сверстниками. Но общаться с ним обычно готовы лишь дети более младшего возраста или сверстники, имеющие аналогичные поведенческие проблемы. Дома дети с СДВГ обычно страдают от постоянных сравнений с братьями и сестрами, которые хорошо ведут себя и лучше учатся. Такие сравнения способны ранить ребёнка и расстроить его взаимоотношения с родителями, надломить доверие в семье. Родителей раздражает то, что они беспокойны, надоедливы, эмоционально неустойчивы, недисциплинированы, непослушны, неаккуратны¹. В домашних условиях они неспособны ответственно относиться к выполнению повседневных поручений, не

¹ Ломакина Г.Р. Гиперактивный ребенок. Как найти общий язык с непоседой. – Москва: Центрполиграф, 2009. - С. 76.

помогают родителям. Очень часто сами родители допускают ошибки при построении взаимоотношений с ребенком с СДВГ, к примеру дают ребенку целый ряд заданий (уберись в комнате, разложи по полкам вещи, делай уроки), в результате ребенок ничего не выполняет, получает выговор от родителей, самооценка у ребенка падает и в результате получаем невроз у обеих сторон. Задания для ребенка с СДВГ должны быть конкретными, простыми (лучше давать одно задание), ясными для самого ребенка. При этом замечания и наказания не дают желаемых результатов. Наказать ребенка с СДВГ неподвижностью – значит усадить его на диван без всякого дела, без книги, телевизора, вдали от окна. Он измается, извертится, но ему придется в бездеятельности сидеть на диване до указанного срока, и такое наказание он запомнит. Также не дают никаких результатов и долгосрочные поощрения или мотивации. Ребенок с СДВГ готов будет выполнить вашу просьбу, если стимул будет ему предоставлен в ближайшее время.

Так у большинства детей с СДВГ постепенно формируются тревожность, неуверенность в себе и низкая самооценка, реакции оппозиции, которые носят вторичный характер и усиливаются из-за неправильного воспитания и отношения к ребенку. С другой стороны, присоединение к СДВГ расстройств поведения сопровождается нарастанием симптомов СДВГ, а также проявлениями агрессивности, тревожности и серьезными проблемами во взаимоотношениях со сверстниками. Сопутствующие СДВГ нарушения поведения и эмоциональные расстройства рассматриваются в качестве неблагоприятных прогностических факторов для длительного (вплоть до хронического) течения СДВГ.

Нарушения поведения и эмоциональные расстройства у детей с СДВГ являются одной из основных причин нарушений социальной адаптации. Более чем у половины детей встречается сочетание данной патологии. Для детей с СДВГ характерна тревожность и истерия. Во время

эмоциональной напряженности у ребенка могут наблюдаться навязчивые движения рук и ног. Эти симптомы являются проявлениями внутреннего напряжения при невозможности справиться с жизненными и эмоциональными трудностями. Наиболее распространенными психотравмирующими факторами для детей оказываются семейные факторы - напряженная обстановка между членами семьи, конфликты, разногласия, ссоры, а также конфликты с педагогами и воспитателями. В этих случаях дети часто испытывают отсутствие чувства общности и травматические переживания.

Отклонения в воспитании играют роль в появлении у детей с СДВГ сопутствующих расстройств. С другой стороны, данные факторы являются управляемыми. В данном случае важна работа семейного психолога.

Частые расстройства у детей с СДВГ: расстройства речи, расстройства школьных навыков, задержка психического развития, расстройства сна, заниженная самооценка¹. По данным отечественных авторов (сопутствующие) расстройства встречаются у 65-85% детей с СДВГ.

К сопутствующим расстройствам, которые часто встречаются при СДВГ, относятся: тревожные фобические расстройства; депрессивные расстройства; нарушения эмоционально-волевой сферы; психосоматические заболевания (например, головные боли напряжения, язвенная болезнь желудка, бронхиальная астма и др.); тики, синдром Туретта.

К тревожным фобическим расстройствам относится группа расстройств, когда тревога вызывается исключительно или преимущественно определенными ситуациями или объектами (внешними по отношению к субъекту), которые в настоящее время не являются опасными. Фобиями дошкольников являются страхи животных к примеру собак, причиной данной фобии может стать сильный испуг (атака уличных

¹ Кольцова М.М. Ребенок учится говорить. – Москва: Советская Россия, 1973. – С. 34.

собак), несуществующих сказочных и компьютерных персонажей. Также фобии могут расширяться и возникает боязнь темноты, тишины, одиночества.

Чаще всего фобические расстройства диагностируются у девочек с СДВГ, это связано с их большей открытостью и готовностью обсуждать страхи. В результате эти ситуации обычно характерным образом избегаются или переносятся с чувством страха. Фобическая тревога субъективно, физиологически и поведенчески не отличается от других типов тревоги и может различаться по интенсивности от легкого дискомфорта до ужаса. Тревога не уменьшается от осознания того, что другие люди не считают данную ситуацию столь опасной или угрожающей. Одно лишь представление о попадании в фобическую ситуацию обычно заранее вызывает тревогу предвосхищения. Обязательным признаком являются вегетативные изменения, сопровождающие тревогу, к ним можно отнести головокружения, тошноту, тахикардию, потоотделение, слабость, оцепенение. В проблеме детских фобии важны 3 момента. Во-первых, детей никогда не следует пугать ради послушания ничем и никем – ни дядей, ни волком, ни лесом. Во-вторых, родители никогда не должны стыдить ребенка за испытываемый страх. Насмешки над боязливостью ребенка – это жестокость. Если взрослый не поможет ребенку избавиться от страха, страх поработит его психику и он будет чувствовать себя одиноким и беззащитным. И в-третьих, ребенка никогда не следует оставлять одного в незнакомой ему обстановке, в ситуации, когда возможно появление чего-то неожиданного для него.

Депрессивные расстройства характеризуются пониженным настроением, утратой интересов и удовольствия, снижением энергичности, которое может привести к повышенной утомляемости и сниженной активности, включают печаль, выраженное истощение организма. Отмечается выраженная утомляемость даже при незначительном усилии.

Диагностика основывается на медицинских данных и результатах обследования. Лечение включает назначение антидепрессантов, психотерапию или их сочетание.

Нарушения в эмоционально-волевой сфере включают инфантильность поведения, стеснительность, обидчивость, раздражительность, плаксивость, эмоциональную нестабильность, быстрая смена настроения. Причем все эти состояния могут вытекать одно из другого. Вот вы усадили детей за стол, дали задания и одному из дошкольников надоело это скучное и однообразное задание, он начинает сползать со стула, смеяться, суетиться, сковываться от того, что другие дети делают замечания на такое поведение, далее такой ребенок может заплакать и наносить себе увечья. Наступает такое истерическое состояние у ребенка, которое у неопытного педагога может вызвать панику. Главная задача у педагога не допустить истерики и предотвратить всю эту ситуацию на начальных этапах, когда ребенок потерял интерес к заданию. Ребенок, который родился с психическим инфантилизмом или приобрел его в связи с неблагоприятными воздействиями, лечит врач-психоневролог. Лечение должно способствовать дозреванию высших нервно-психических функции. Главное же в преодолении инфантилизма правильное воспитание. Усилия направляются прежде всего на социализацию ребенка, соблюдение режима дня. Воздействие родителей на инфантильного ребенка реализуется через игру.

У ребенка с СДВГ часто диагностируются психосоматические заболевания. Известно, что в генезе психосоматических заболеваний наиболее важную роль играют эмоциональные нарушения, хронический стресс. Исследования доказали, что СДВГ это не только заболевание ребенка, но зачастую и состояние мамы или взрослого с которым больше всего проводит время ребенок, возможно и всей семьи. Психоэмоциональный статус родителей, непосредственно участвующих в воспитании малыша меняется от психологического истощения до

угнетенного состояния. Из этого следует, что лечению должны быть подвержены все члены семьи. Ребенок очень тонко чувствует настрой родителей, особенно матери. Однако параллельно возникающие функциональные сдвиги со стороны внутренних органов на более поздних этапах болезни приводят к их органическим изменениям, и заболевание приобретает все черты соматического страдания. Соответствующая наследственная предрасположенность может влиять на выбор органа. У Детей с СДВГ ослаблена иммунная система (частые выбросы адреналина) эти дети довольно часто болеют. У них встречаются различные аллергии, разнообразные кожные заболевания (экземы, нейродермиты). Почти все дети с СДВГ страдают заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Обычно это проявляется болями в животе, тошнотами, дисбактериозами.

Одним из наиболее частых сопутствующих СДВГ расстройств являются тикозные гиперкинезы (тики). Тики – привычные фиксированные стереотипные произвольные движения. Тики имеют тенденцию переживаться как непреодолимые, но обычно они могут быть подавлены на различные периоды времени. И двигательные, и вокальные тики могут быть простыми и сложными. Обычные простые двигательные тики включают в себя мигание, движения шей, пожимание плечом и гримасничанье. Ребенок может заводить вверх глазные яблоки, время от времени широко раскрывать рот. Обычные простые и вокальные тики включают в себя покашливание, лаянье, фырканье, шмыганье и шипение, хихиканье. Обычные сложные моторные тики включают поколачивание себя, подпрыгивание и скакание. Обычный комплекс голосовых тиков включает повторение особых слов. Тики исчезают и вновь появляются, одни виды тика сменяются другими – сначала ребенок мигал, теперь подергивает головой. Наблюдаются и респираторные тики: ребенок постоянно издает какой-то звук – чихает, откашливается. Тики проходят, если устранить их основную причину. Самая частая причина тиков – очаг судорожной готовности в головном мозге. Такой очаг находят на

электроэнцефалограмме. Родители часто напрасно мучают ребенка, требуя от него: «Прекрати дерганье!» Но это то же самое, что требовать у больного не кашлять при остром бронхите. Потакая же ребенку с тиками, уступая ему во всем, родители подготавливают почву для возникновения истерического невроза¹.

Очень часто у детей с СДВГ встречаются дислексия и дисграфия.

§ 2 Причины возникновения синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей среднего дошкольного возраста

Дизонтогенез представляет собой особую форму варианта синдрома дефицита внимания и гиперактивности. Синдром как заболевание обусловлено и биологическими, и иными причинами, к примеру микросоциальными причинами, либо сочетанием двух причин. В основе синдрома лежат микроорганические поражения головного мозга, которые могут привести к минимальной мозговой дисфункции и которые возникают в результате кислородного внутриутробного голодания головного мозга или микрородовой травмы. К биологическим причинам относятся травматические, инфекционные, токсические и другие вредные воздействия при зачатии, в период беременности, родов, в первые месяцы или годы жизни, а также неблагоприятные наследственные влияния. Отсутствуют грубые органические, очаговые повреждения, но есть множество микроповреждений коры и подкорковых структур головного мозга. Уже в первые дни, в родильном доме, отмечают, что ребенок беспокоен. Поскольку грубых нарушений в головном мозге в таких случаях нет, в выписной справке роды и состояние новорожденного оцениваются чаще всего как вполне благополучные, а последствия минимальной мозговой дисфункции появляются позднее. Любые заболевания в младенчестве, сопровождающиеся высокой температурой и приемом сильнодействующих лекарств или антибиотиков, могут

¹ Рождественская Н.А. Девиантное поведение и основы его профилактики у подростков. - Москва: Генезис, 2016. – С. 56.

отрицательно сказаться на становлении мозга как органа. Сотрясения мозга, травмы головы могут серьезно нарушить деятельность мозга в любом возрасте¹. Такие заболевания как астма, частые пневмонии, сердечная недостаточность, нефропатии, нарушения обмена веществ могут выступать как постоянно присутствующие факторы, депрессирующие нормальную работу мозга.

Понять те или иные причины, по которым рост и созревание мозга могут быть нарушены затруднительно. В этой связи следует отметить следующее. Когда нарушения легкие, чем бы они ни были вызваны, они имеют практически одинаковую «внешнюю» картину проявления. Вероятнее всего, на основании этого нарушения можно соединить в общую группу легких мозговых дисфункций, хотя картина глубинных анатомо-физиологических нарушений может существенно отличаться разнообразием.

Предварительно подытожим, что синдром дефицита внимания детей с гиперактивностью - нейробиологическое нарушение функций человеческого организма, этиология и патогенез которого носят смешанный характер.

Судьба человека в немалой степени зависит от сравнительно короткого периода с момента зачатия ребенка до первого вдоха новорожденного. Беременность протекает по-разному в зависимости от того, желанна она, досадна или, еще того хуже воспринимается женщиной как катастрофа и неприемлема для мужчины, будущего отца. В первом случае вероятность благополучного протекания беременности выше, во втором вероятны осложнения, угроза прерывания беременности. Сомнения и колебания женщины по поводу рождения ребенка, ее страхи и опасения, недовольства супруга, вызывают тягостные переживания беременной, сказываются на развитии плода. Существует мнение, что дети, которые родились в семье, где родители живут в любви и согласии, уверены в себе и менее подвержены СДВГ.

¹ Грибанов А.В. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей. – Москва: Академия, 2005. – С. 89.

По мнению большинства исследователей, пренатальные и перинатальные патологические факторы имеют изначальное значение в развитии синдрома. В качестве неблагоприятных пренатальных и перинатальных внешних факторов, способных повлиять на развитие СДВГ, можно выделить следующие жизненные ситуации: любовь, заявление о желании вступить в брак, свадьба. Но свадьба, состоялась когда у будущей матери шел второй месяц беременности. Будущая мать курила, не отказывалась и от алкогольных напитков. А в это время происходит закладка сердца, нервной системы и органов чувств плода. Курящая женщина должна знать, что она ставит под угрозу здоровье и интеллект будущего ребенка. Эмоциональный же стресс сопровождается выбросом гормонов тревоги в кровь матери, через пуповину они поступают к плоду, что небезразлично для него.

На пятом месяце внутриутробного развития плод ощущает учащение ритма сердца взволнованной матери. Он напрягается, когда мать беспокойна, расслабляется, когда она отдыхает. В 6-7 месяцев плод реагирует на резкое изменения положение тела матери, спокоен, если не взволнована беременная. Следовательно, если будущая мать много нервничает, возникает риск появления на свет ребенка с врожденным СДВГ.

Так же здоровье матери влияет на развитие у ребенка СДВГ. В случае, если женщина страдает хроническими заболеваниями (тонзиллитом, холециститом, пиелонефритом и иные заболевания) и при этом легкомысленно относится к своей беременности и принимает без наблюдения врача лекарственные средства, которые в первые месяцы беременности не следует применять без жизненных на то показаний. Лекарства способны накапливаться в тканях и органах плода, и отрицательные последствия их воздействия могут сказаться через многие годы. Не лечиться? Но это еще хуже. Вследствие интоксикации при очаге инфекции у беременной буквально отравляется плод. Перенесенные женщиной вовремя беременности такие заболевания как грипп, краснуха,

инфекционный гепатит – повлияют на наличие врожденных аномалии развития. Очень важно, чтобы беременность протекала нормально, чтобы она была здоровой.

В своих исследованиях Киселев С.Ю. отмечает недоношенность как фактор риска задержки развития и становления нейрокогнитивных функций мозга у детей. Однако, при современных методах ухода за такими детьми большой опасности нет. Недоношенный ребенок быстро, еще на первом году жизни догоняет в психомоторном развитии детей, родившихся в срок. Риск развития синдрома повышается, если возраст матери во время беременности моложе 19 или старше 30 лет, а отца - старше 39 лет.

За последние годы учеными были сделаны значительные сдвиги в понимании генетической природы СДВГ. В частности, среди братьев и сестер увеличивается частота данного исследуемого в настоящей работе заболевания. Процент наследственности составляет около 60-90 процентов. Также исследования свидетельствуют о тенденции к семейной предрасположенности к СДВГ. При упоминании о наследственности необходимо подчеркнуть следующее: тезис о новорожденном как листе бумаги, то есть изначально безликом, - несостоятелен. Генетическая предрасположенность – факт, с которым следует считаться.

Так же, по мнению ученых, существует нейробиологическая теория возникновения СДВГ. Согласно современным представлениям, важную роль в патогенезе играет дисфункция нейромедиаторных систем головного мозга. К числу важных нейромедиаторов относятся дофамин, норадреналин и сератонин¹. Считается, что при СДВГ может возникнуть дефицит этих веществ в головном мозге. В результате чего, некоторые сигналы не передаются нервным клеткам.

В последние годы важное значение в развитии СДВГ отводится раннему органическому повреждению ЦНС. При этом доминирование

¹ Голдберг Э. Управляющий мозг. Лобные доли, лидерство и цивилизация. – Москва: Смысл, 2003. – С 123.

данной патологии среди мальчиков связывается с более высокой уязвимостью их мозга под влиянием пре- и перинатальных патологических факторов. У девочек же большие полушария головного мозга менее специализированы, поэтому они имеют больший резерв компенсаторных функций при поражении центральной нервной системы по сравнению с мальчиками.

Таким образом, современные теории в качестве области анатомического дефекта при СДВГ рассматривают лобную долю, и прежде всего префронтальную кору, а также сенсомоторную кору, подкорковые структуры мозга, ретикулярную формацию и стволые структуры, причем больше всего изменений обнаруживается в правой гемисфере. Нейрофизиологические исследования с помощью ЭЭГ предполагают, что замедление биоэлектрической активности мозга особенно в передних отделах у детей с СДВГ может свидетельствовать о задержке созревания ЦНС, в первую очередь о нарушении формирования префронтально-стриарной системы. Одной из особенностей ЭЭГ у детей с СДВГ является нарушение сенсомоторных ритмов, что свидетельствует о нарушении процессов тормозного контроля.

По моему мнению, которое совпадает с мнением некоторых психологов, влияние или давление на детей оказывает психологический микроклимат в семье: хронические конфликты; а также алкоголизм и аморальное поведение родителей, воспитание в неполных семьях, повторный брак у родителей, особенности воспитания ребенка, неприятие. Взрослые должны помнить, что все это отражается на ребенке¹. Его интересы страдают более всего, его воспитание тяжело и нередко необратимо нарушается. Ребенок переживает, он морально подавлен, невротизируется, нередко замыкается в себе. При неприятии в ребенке все раздражает, все вызывает досаду. Ребенок и «ест не так» и «плачет слишком много», «капризен». При неприятии мать часто называет дочь

¹ Ломакина Г.Р. Гиперактивный ребенок. Как найти общий язык с непоседой. – Москва: Центрполиграф, 2009, - С.87.

«безрукой», отец сына – «рохлей, балбесом». На ребенка постоянно сердятся, ругают, ему ничто не прощается. Родители искренно полагают, что им не повезло с ребенком. Неприятие – это самый драматичный тип неправильного воспитания. Дети рано или поздно осознают, что родители их не любят. Неприятие ребенка приводит в конце концов к неприятию родителей. По данным Н.Н. Заваденко имеют значение бытовые условия проживания и материальная обеспеченность. Время от времени необходимо внимательно всматриваться в своего ребенка. Задать себе вопросы, вдумчиво и объективно ответить на них. Многое станет яснее. Что делали не так, что упустили, что необходимо наверстать.

Если родителям удастся своевременно всмотреться в ребенка, задуматься, принять меры по устранению упущенного, значит, им удастся предупредить СДВГ. Решить проблему с СДВГ в более старшем возрасте – то же самое, как говорили древние мудрецы, что начинать копать колодец, когда мучит жажда.

В целом мнения ученых, психиатров в вопросе причин СДВГ расходятся. Некоторые настаивают на биологической природе заболевания, другие видят причину СДВГ у детей как социальный фактор, вызванный набором сложившихся ситуации. Также одной из причин СДВГ выделяют неправильное питание, использование ароматизаторов, красителей, усилителей вкуса в пище.

Таким образом, мы видим, что единого мнения о приоритете, взаимодействии биологических и социальных причин развития СДВГ не существует, однако мое мнение таково, что социальные факторы не могут быть самостоятельной причиной в развитии у ребенка дошкольного возраста СДВГ. Социальные факторы могут служить дополнительным фактором, провоцирующим заболевание, к которому у ребенка имеется биологическая предрасположенность.

§ 3 Характеристика развития речи у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности

За последние сто лет ученые разных специальностей провели много исследований для того, чтобы выяснить происхождение и природу речи. Изучены все европейские языки, велись исторические исследования, изучалось развитие речи у детей, ее нарушения, деятельность речевого аппарата.

Трехлетняя Машенька с упреком спрашивает своего плюшевого мишку: «Ну, почему ты не говоришь? Ведь у тебя есть язычок – значит, ты можешь говорить!?»

Некоторые взрослые люди, подобно Машеньке, представляют себе, что речь – это функция органов артикуляции: губ, языка, гортани и т.д. На самом деле это не так¹.

Речь – это прежде всего результат согласованной деятельности многих областей головного мозга. Так называемые артикуляционные органы лишь выполняют приказы, поступающие из мозга.

Еще в 1861 году французский нейрохирург П. Брока обнаружил, что при поражении мозга в области второй и третьей лобной извилин человек теряет способность к членораздельной речи, издает лишь бессвязные звуки, хотя сохраняет способность понимать, что говорят другие. Немного позже – в 1874 году другим ученым, Э. Вернике, было установлено, что имеется и зона сенсорной речи: поражение верхней височной извилины приводят к тому, что человек слышит слова, но перестает их понимать – утрачиваются связи слов с предметами и действиями, которые эти слова обозначают.

У многих детей с СДВГ отмечаются нарушения развития речи. Данные о их распространенности в литературе колеблются от 30 до 60%, что связано с тем, что к моменту обращения к специалистам многие дети

¹ Чимаров В.М. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей. – Тюмень: Средне-Уральское книжное издательство, 2005. – С.235.

достигают возраста 5 и более лет, и тогда признаки отставания речевого развития приходится оценивать ретроспективно. Ретроспективный анализ особенностей формирования речи показал, что задержка речевого развития с проявлениями моторной алалии отмечалась у 12 % детей. Причина моторной алалии - нарушение функций речедвигательного анализатора. У ребенка затруднена организация речевых движений, их координация, поэтому речевое развитие задержано. Понимание речи при этом не страдает. Оказывается, и моторная речь – это прежде всего результат деятельности мозга, который является законодательным органом. Там происходит отбор движений, нужных для произнесения тех или иных звукоочетаний, устанавливается их последовательность, то есть составляется программа, по которой должны действовать мышцы артикуляционного аппарата. Самостоятельная речь у этих детей долго не развивалась, либо оставалась на уровне отдельных звуков, слов. Вместо речи, дети пользовались мимикой и жестикой, особенно в эмоционально окрашенных ситуациях. Очень часто родители поощряют жестикой, ребенок указывает на предмет, который ему необходим, родители понимают его и считают данное явление в полное допустимым. В результате ребенок понимает, что он может и не говорить, ведь всем все понятно без слов, отсюда возникает речевая задержка. Первые слова и фразы появлялись поздно. Речь была замедлена, обеднена, словарный запас скуден, ограничен обиходно-бытовой тематикой, перестановок, персевераций. Позднее речь появлялась, хотя и со значительной задержкой. В дошкольном возрасте у 34 % детей дислалия и дизартрия, 3 % заикание. Одновременно с этим у этих детей все больше проявлялась логорея (симптом патологии речи, речевое возбуждение, многословие, безудержность речевой продукции), громкость речи, перескакивание с одной мысли на другую, неумение выслушивать собеседника, желание перебивать других, вмешиваться в разговор или начинать его в неподходящей ситуации¹.

¹ Моница Г.Н Работа с детьми, имеющими СДВГ. – Москва: Речь, 2001. – С 45.

Причины речевых нарушений у ребенка СДВГ и формирование структуры речевого нарушения отягощается симптомами, совокупность которых определяет данный синдром, что может обусловить риски нарушения умственного развития. Таковыми симптомами являются:

1. Речевые расстройства: неумеренность речи, снижение плавности, речь менее логичная, менее связная и организованная; задержка развития внутренней речи; снижение способности к грамматически правильному речевому поведению.

2. Нарушение центральных механизмов слуха: ошибки при аудиологическом тестировании вызваны импульсивным или несосредоточенным поведением;

Хочу заострить внимание, что нарушение речевого дыхания может стать причиной речевых дефектов у ребенка с СДВГ. Артикуляция слова происходит в процессе дыхательного акта, на фазе выдоха. Для того чтобы произнести длинное звуко сочетание, необходим удлиненный выдох. И действительно, при речевом дыхании выдох в 5-8 раз длиннее вдоха. Речевое дыхание требует также более активного участия всех мышц, включая межреберные и брюшные. Нормальное речевое дыхание у детей вырабатывается постепенно в процессе обучения речи. Разговаривая мы никогда не задумываемся, какие мышцы и в какой последовательности пускаем в ход, как при этом нужно дышать, - у нас эти механизмы протекают уже автоматически. Только в случае патологии – при постановке звуковой речи, при заикании, при других расстройствах речи, когда эти автоматизмы не выработаны или сломаны, - больному приходится думать и создавать их под контролем сознания.

У детей с СДВГ к 7 годам не наблюдается полного созревания высших мозговых функций. В частности, это касается и речевого развития. В связи с этим ребенок не готов к школьному обучению. В школьном возрасте могут быть проблемы с освоением чтения - дислексия. Дислексия имеет характерные клинические проявления. При чтении ребенок пропускает или путает буквы, слоги, окончания; недочитывает слова до

конца; пропускает строки; неверно ставит ударения; не может пересказать прочитанное, т.к. чтение носит угадывающий характер; возможно наличие феномена «зеркального чтения».

Нарушения чтения обуславливают нарушения письменной речи – дисграфию. Клинические проявления дисграфии следующие: феномен «зеркального письма»; неразборчивый почерк; пропуск букв, слогов, недописывание окончаний при письме; нарушения согласования слов в предложениях; путает похожие по написанию и пространственному расположению буквы (и-ш, л-м, т-п и т.д.).

Есть данные, что около 26% процентов детей с диагнозом СДВГ имеет проблемы с заиканием. Почему? Точных ответов нет, как и нет пока что убедительных исследований, открывающих полную картину взаимосвязи заикания и синдрома дефицита внимания. Заикание и тики близки по своей природе, кроме случаев генетического происхождения заикания. Неслучайно часто наблюдаются оба страдания у одного и того же ребенка, когда исчезают тики, но возникает заикание. Что известно на данный момент: во-первых, Заикание - нарушение автоматизма речи. Ребенок думает не о том, что говорит, а о том, как говорит, и заикание у него усиливается. Следовательно, в генезе этого недуга велика роль несознаваемой сферы психики. Не следует фиксировать внимание на этом дефекте, и тогда ребенок успокаивается, установке не подкрепляется, слабее, заикание проходит. Во-вторых, органическое заикание зависит от судорожной готовности головного мозга и усугубляются ею. В этом случае мы наблюдаем нарушение ритма речи, связанное судорожными спазмами мышц речевого аппарата. При наличии заикания родители должны твердо усвоить следующие правила: при остром возникновении заикания ребенку обеспечивают соблюдение режима молчания. Ограничивается его речевое общение с детьми. Если ребенок говорит, его не перебивают и выслушивают терпеливо, чтобы он не торопился, не боялся, что его не дослушают; родители должны как бы не замечать затруднения в речи у ребенка. Его не призывают: «Говори чисто!»- и он не должен ощущать,

что родители взволнованы и испуганы; ребенка с заиканием нужно ободрять, внушать ему веру в исцеление, борясь с тяжелым осложнением заикания – страхом речи и чувством, что он не полноценен.

У детей с СДВГ отмечается дизартрия (грубые нарушения в произношении звуков возникающее при травмах мозга, воспалительных процессах или нарушениях мозгового кровообращения), как говорят многие «каша во рту». Все движения, в том числе и артикуляционные, при этом очень замедленны, неловки. Жевание и глотание затруднено, поэтому часто наблюдается слюнотечения. Объем движения языка и губ ограничен, ребенок не может вытянуть губы трубочкой, оскалить зубы, надуть щеки. Голос тихий, глуховатый. Темп речи медленный, с неравномерными паузами. Весь ход развития речи задержан у ребенка с СДВГ, период лепета часто отсутствует, к 2-3 годам появляются отдельные слова, а фразы ребенок начинает произносить лишь к 5-6 годам.

Также рассмотрим такое расстройство как алалия или недоразвитие речевой деятельности, которое является следствием того, что созревание нервных клеток речевой зоны левого полушария в силу каких-то причин запаздывает, или результатом раннего поражения этих клеток при инфекциях, родовых травмах или травмах вскоре после рождения. Алалии разделяют на моторную, когда страдает речь самого ребенка, и сенсорную, когда нарушается понимание речи других людей. Обычно на практике у ребенка выделяется лишь преобладание одного из нарушений. У детей с СДВГ, страдающих алалией, речь развивается поздно, запас слов пополняется медленно и используются в речи они не правильно. Ребенок часто ищет нужную последовательность звуков в слове, но не может ее найти: это приводит к многократным повторениям, перестановке слогов, искажению слов¹. У детей с алалией наблюдается недостаточное развитие моторики. С моей точки зрения, очень большое влияние должна оказать тренировка тонких движений пальцев рук и конечно требуется помощь логопеда.

¹ Кольцова М.М. Ребенок учится говорить. – Москва: Советская Россия, 1973. – С. 165.

Самое интересное — в одном из исследований изучали особенности ЭЭГ заикающихся и людей, страдающих СДВГ. Было обнаружено, что между ними было много общего. Были найдены данные, позволяющие предположить, что в заикании присутствует компонент дефицита внимания. Так, обнаружение усиленной тета-активности и сниженной альфа-активности мозга у заикающихся эмпирически подтверждает эти данные.

Дети с нарушениями речи с диагнозом СДВГ, требуют к себе особого внимания. Логопед работает над звуковой стороной, общим развитием речи, обязательно учитывая также нарушение координации движений, недостаточное развитие мелкой моторики рук, сниженный уровень внимания. Речевые расстройства у детей с СДВГ требуют более тщательного подбора методов коррекционной работы.

Клинические проявления СДВГ поддаются коррекции, если реабилитационные воздействия будут начаты с младшего дошкольного возраста, когда компенсаторные возможности мозга велики и еще не успел сформироваться стойкий патологический стереотип.

§ 4 Игровая деятельность с детьми с синдромом дефицита внимания и гиперактивности

Значение различных игр для интеллектуального, творческого, эмоционального развития ребенка с СДВГ как, в прочем и любого другого ребенка невозможно переоценить. Любая игра развивает ребенка, однако при подборе игр для особенных детей с СДВГ, необходимо учитывая определенный подход в выборе игры, а так же к особенностям самого ребенка с СДВГ. В игре дети, в первую очередь разгружают нервную систему, приспосабливаются к новым условиям, проявляют все те качества, которые скрыты из-за заболевания. Игры так же являются коррекционной методикой, направленной на развитие компенсирующих

функций детей с отклонениями в развитии, задержками развития, детей с СДВГ.

Необходимо подбирать для ребенка с СДВГ подвижные игры поскольку, ему трудно сдерживать себя и сложно оставаться на одном месте. Подвижные игры развивают определенные качества, дисциплинируют ребенка, позволяют добиться поставленной цели¹.

Для развития внимания ребенка, необходимо четко, но аккуратно ставить задачи на игру, это так же развивает сосредоточенность ребенка на конкретной части игры, развить внимание и понимание сути игры. В подвижных играх ребенок с СДВГ более сильно выплескивает наружу эмоции. Предположу, что он учится контролировать поведение, учится выжидать, не торопить события. Полученные в результате игры качества ребенка, безусловно помогут ему в будущем в общении со сверстниками и взрослыми. Однако, нужно помнить, что начиная подвижную игру ребенок с СДВГ может не остановиться, ведь у него как говорится «нет тормозов», поэтому педагог должен контролировать ситуацию и вовремя закончить игру.

Нельзя ставить целью занятия в начале – выполнение всех заданий. Гиперактивный ребенок без должной тренировки не сможет одновременно внимательно слушать, спокойно сидеть и сдерживаться.

Нарушение внимания проявляется преждевременным прерыванием выполнения заданий и начатой деятельности. Дети легко теряют интерес к заданию, так как их отвлекают другие раздражители. Поэтому в классе или группе, в котором проводится занятие должно быть минимальное количество отвлекающих предметов. Порой даже увиденный грузовик на улице через окно может сорвать занятие. В зависимости от ситуации это может проявляться в беганье, прыжках, во вставании с места, а также в выраженной болтливости и шумном поведении, раскачивании и вертлявости. Прежде всего, это наблюдается в структурированных ситуациях, требующих высокой степени самоконтроля. Дети с трудом

¹ Фридман Г. Победа над СДВГ. – Москва: Добрый вестник, 2019. - С. 134.

ждут своей очереди, выхватывают предметы и пособия, прерывают других и выкрикивают свои ответы, не отвечая на вопрос полностью.

В частности, Э. Голдберг указывает, что указанные проблемы наиболее ярко проявляются при субъективно «неинтересных» занятиях, но отсутствуют при интересных, когда ребенка увлекает задача и он получает от ее выполнения удовольствие (в особенности, когда за успешным решением следует немедленное вознаграждение). Автор утверждает, что в некоторых случаях дефицит внимания может парадоксально сосуществовать со способностью к планированию. Это требует создания положительной мотивации, обязательной постановки цели, которую ребенок должен достичь, поощрения и анализа успешности ее достижения со стороны взрослых. Тем более, что тенденция к ухудшению внимания актуализируется в непривычных условиях, когда ребенок вынужден действовать самостоятельно¹.

Работая и играя с гиперактивными детьми, не следует забывать, что навязчивое сдерживаемое стремление ребенка к движению находит свое проявление в бурных истериках и разрушениях. Поэтому задача специалиста – найти возможность позитивного использования двигательной энергии и активности таких детей, что особенно успешно осуществляется в коллективных сюжетных ритмичных играх, сопровождающихся стихотворным текстом и спокойным пением.

Обстановка на игровых занятиях должна быть свободной и непринужденной. Нельзя требовать от детей невозможного: самоконтроль и соблюдение дисциплины исключительно сложны для ребенка с СДВГ. Искренние попытки ребенка соблюдать дисциплину и переживания по поводу того, что это никак не получается, еще быстрее приводят к переутомлению и потере работоспособности. Когда на дисциплине не заостряется внимание, а уроки проводятся в игровой форме, дети ведут себя спокойнее и более продуктивно работают. Когда нет запретов, не

¹ Голдберг Э. Управляющий мозг. Лобные доли, лидерство и цивилизация. – Москва: Смысл, 2003. – С 158.

происходит и накапливания неотрагированной энергии с последующими взрывами. «Рядовая» несдерживаемая недисциплинированность (когда дети могут сидеть, как им хочется: поджав ноги или на коленях; вертеться, иногда вставать, обращаться к педагогу и пр.) создает только легкий фоновый шум и меньше мешает проведению урока, чем эмоциональные срывы детей и попытки учителя их приструнить. Допуская мелкие дисциплинарные нарушения, можно поддерживать общую хорошую работоспособность.

При проведении игровых уроков нужно помнить, что сильные и яркие эмоциональные впечатления могут дезорганизовать деятельность детей. Яркие эмоции создают нечто вроде очагов возбуждения и могут нарушить как последующую деятельность, так и результаты предыдущей¹.

Игры для гиперактивных детей подразделяются:

1. Игры на развитие внимания, дифференцированные по задействованным ориентировочным анализаторам (зрительный, слуховой, вестибулярный, кожный, обонятельный, вкусовой, тактильный) и по отдельным компонентам внимания (фиксация, концентрация, удержание, переключение, распределение); (устойчивости, переключения, распределения, объема).

2. Игры на преодоление расторможенности и тренировку усидчивости (не требующие напряжения активного внимания и допускающие проявления импульсивности).

3. Игры на тренировку выдержки и контроль импульсивности (позволяющие при этом быть невнимательным и подвижным).

Значительное влияние на мышление оказывают нарушения речи (задержка ее развития, моторная артикуляционная, недостаточность, нарушение речевого дыхания и др.), в особенности, ее регулирующей функции, что затрудняет последовательное выполнение интеллектуальных операций. Упражнения на развитие речевого дыхания очень нравятся

¹ Неретина Т.Г. Использование артпедагогических технологий в коррекционной работе. – Москва: Флинта, 2019. – С. 167.

детям с СДВГ. Как правило такие упражнения динамичные (сдувание снежинок с руки, задувание комочка ваты в цель).

Не менее важный аспект - сформировать ритуал занятия. Этапы занятия должны быть чётко обозначены, понятны, интересны для ребенка, повторяться на каждом занятии. Меняются только задания. Необходимо также отработать правильную последовательность выполнения заданий. Педагоги часто рекомендуют начинать работу с самого сложного задания, а потом переходить к легким. Но для данных детей это недопустимо. Столкнувшись сразу в начале работы с трудностями, ребенок, образно говоря, «опустит руки» и полностью потеряет и без того невысокую сосредоточенность и готовность к работе. Помните: гиперактивные дети любят делать то, что у них получается. Трудности их вовсе не стимулируют и не воодушевляют¹. При такой расстановке сил у ребенка останется ощущение успешности занятия в целом и ребенок с радостью побежит на следующее занятие.

¹ Хахалин Л.Н. Загадка вашего ребенка. – Москва: Народный университет, 1990. – С. 87.

ГЛАВА 2 ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ИГРОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СПОСОБСТВУЮЩЕЙ РАЗВИТИЮ РЕЧИ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ

§ 1 Диагностика особенностей развития речи у детей среднего дошкольного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивности

Цель исследования: разработать комплекс игровых программ, в которых будут предусмотрены все условия для полноценного развития речевой активности детей старшего дошкольного возраста с СДВГ.

Гипотеза исследования: игровые методики и программы имеют широкий потенциал коррекции поведения и развития речевой активности у гиперактивных детей, существенно сглаживая их двигательное беспокойство и суетливость позволяя контролировать их действия и поступки с помощью определенного игрового сюжета.

Задачи практической части:

- выявить особенности игровой деятельности детей с СДВГ;
- организовать условия осуществления исследования, информирование воспитателей и администрации детского сада о плане исследовательских мероприятий;
- провести практическое исследование;
- разработка программы по работе с детьми с СДВГ, которая бы способствовала:
 1. Речевой активности, развитию артикуляционного аппарата.
 2. Выявлению сильных сторон личности ребенка, успешных стратегии деятельности для опоры на них в преодолении имеющихся трудностей.

3. Снижение эмоционального напряжения, обучение различным видам дыхания и произвольной регуляции речевого дыхания, которое играет важную роль в развитии речи ребенка.

4. Гармонизации психофизического состояния, координация двигательной активности.

5. Развитие навыков самоорганизации и самоконтроля.

6. Развитие уверенности в собственных силах за счет усвоения ребенком новых навыков, достижений успехов в повседневной жизни

7. Развитие позитивной мотивации к познанию, обучению, общению.

Была организована экспериментальная работа. Для исследования были сформированы 2 группы - группа 1 и группа 2. Группа 1 - 6 человек, воспитывающихся в детском саду № 72 г. Златоуста. Группа 2 - включала 4 ребенка с подозрением на СДВГ, воспитывающихся в детском саду № 72, город Златоуст.

Как определить, является ли ваш ребенок гиперактивным?

Никогда не спешите ставить самостоятельно диагноз вашему ребенку. Гиперактивность (СДВГ) – медицинский диагноз, который вправе поставить только врач на основе специальной диагностики, заключений специалистов. Если вы заметили особенное поведение у ребенка я советую обратиться к следующим специалистам: невропатологу, психиатру, психологу - за консультацией, а затем вместе с ними помогать ребенку. Если диагноз «гиперактивность» поставлен квалифицированным специалистом, то он вам даст рекомендации по поиску причины СДВГ у ребенка и направит к более узким специалистам (отоларинголог, остеопат, нейропсихолог, врач лфк, дефектолог, логопед).

Учитывая результаты обследования детей с СДВГ объективная диагностика минимальной мозговой дисфункции очень важна для опережающей коррекции нарушений нормального развития ребенка с самого раннего возраста. Не существует какого-то одного медицинского, физического или какого бы то ни было обследования, которое бы выявляло

синдром дефицита внимания и гиперактивности. Чтобы определить, есть ли у ребенка СДВГ, специалист должен использовать и рекомендовать разные инструменты: список симптомов, ответы на вопросы о существующих проблемах, медицинские обследования, чтобы исключить другие причины симптомов.

Важно осознавать, что симптомы СДВГ, как проблемы концентрации внимания и гиперактивность, можно спутать с другими расстройствами и медицинскими проблемами. Просто от того, что ребенок выглядит как СДВГ, это не значит, что у него СДВГ, поэтому нужно выделить достаточно времени на тщательную оценку и диагностику.

СДВГ выглядит по-разному в зависимости от ребенка, поэтому существует широкий спектр мер — или результатов обследований — которые помогают профессионалам ставить диагноз. Важно быть открытым и честным со специалистом, который проводит оценку, чтобы он мог прийти к более точному заключению¹.

Чтобы выявить СДВГ у вашего ребенка должна проявляться комбинация выраженных симптомов СДВГ, а именно: гиперактивность, импульсивность и невнимательность. Проводящие оценку специалисты также обратят внимание на следующие факторы:

Насколько остры симптомы? Чтобы поставить диагноз СДВГ, симптомы должны оказывать негативное влияние на вас или жизнь вашего ребенка. В целом, дети, у которых на самом деле есть СДВГ, сталкиваются со значительными проблемами в одной или более областях своей жизни: в детском саду, секции или в отношениях со сверстниками и социумом в целом.

Когда начались симптомы? Так как СДВГ начинается с детства, врач или психотерапевт посмотрит, как рано появились симптомы

¹ Яремова А.С. Развитие навыков сосредоточенности у детей младшего школьного возраста с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью. – Москва: Б.и., 2019. – С. 48.

Как долго симптомы тревожат вас или вашего ребенка? Симптомы должны продолжаться по крайней мере шесть месяцев подряд¹.

Когда и где проявляются симптомы? Симптомы СДВГ должны проявляться во множестве условий: и дома, и в детском саду. Если симптомы проявляются только в одной среде, то вряд ли дело в СДВГ.

Также для диагностики рекомендуется компьютерная электроэнцефалография, которая позволяет обнаружить различные отклонения в работе головного мозга. Некоторые специалисты рекомендуют в качестве диагностики МРТ, но данный метод не зарекомендовал себя как информативное обследование, позволяющий диагностировать СДВГ.

Для оценки речевых нарушений у детей с СДВГ исследовались следующие показатели: уровень звукопроизношения, уровень понимания обращенной речи, а также такие показатели экспрессивной речи, как степень развернутости фразы, объем активного словаря, лексико-грамматический строй речи. Данные показатели оценивались по 10 бальным шкалам, составленным на основании шкал Н. Н. Заваденко.

В ходе исследовательской работы использовался Тест «Кактус» М.А. Панфилова.

Для поверхностного исследования эмоционально-личностной сферы ребенка отлично подходит рисуночный тест «кактус». Методика предназначена для детей в возрасте от 4 лет. Инструкция: «На листе бумаги нарисуй кактус - таким, каким ты его себе представляешь». Вопросы и дополнительные объяснения не допускаются. Для работы необходим лист бумаги, карандаши.

При обработке результатов принимаются во внимание данные, соответствующие всем графическим методам, а именно: пространственное положение, размер рисунка, характеристики линий, сила нажима на карандаш. Кроме того, учитываются специфические показатели,

¹ Романчук О.И. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей. – Москва: Генезис, 2016. – С.211.

характерные именно для данной методики: характеристика «образа кактуса» (дикий, домашний и т.д.), характеристика манеры рисования (прорисованный, схематичный и пр.), характеристика иголок (размер, расположение, количество)

Интерпретация результатов: по результатам обработанных данных по рисунку можно диагностировать качества личности испытуемого ребенка.

Агрессивность – наличие иголок, особенно их большое количество. Сильно торчащие, длинные, близко расположенные друг к другу иголки отражают высокую степень агрессивности. Импульсивность – отрывистые линии, сильный нажим. Эгоцентризм, стремление к лидерству – крупный рисунок, расположенный в центре листа. Неуверенность в себе, зависимость – маленький рисунок, расположенный внизу листа. Демонстративность, открытость – наличие выступающих отростков в кактусе, вычурность форм. Скрытность, осторожность – расположение зигзагов по контуру или внутри кактуса. Оптимизм – изображение «радостных» кактусов, использование ярких цветов в варианте с цветными карандашами. Тревожность – преобладание внутренней штриховки, прерывистые линии, использование темных цветов в варианте с цветными карандашами. Экстравертированность – наличие на рисунке других кактусов или цветов. Интровертированность – на рисунке изображен только один кактус. Стремление к домашней защите, чувство семейной общности – наличие цветочного горшка на рисунке, изображение домашнего кактуса. По полученным рисункам можно сделать следующие выводы: дети с нормальным ходом психического развития менее агрессивны, импульсивны, менее тревожны, они более оптимистичны и открыты в отличие от детей с СДВГ.

Также для диагностики СДВГ у детей старшего дошкольного возраста (с 7-ти лет) можно применить исследование «Корректирующей пробы» — тест Тулуз-Пьерона, имеющий двухстороннюю направленность: с одной стороны, изучение различных свойств внимания

(концентрации, устойчивости, переключаемости) и психомоторного темпа, а с другой, по мнению Л. А. Ясюковой, выявление и оценивание динамики и индивидуальных характеристик работоспособности, а также волевой регуляции деятельности.

Для диагностики идеомоторной координации И. П. Брызгунов предлагает использовать широко применяемые в психологической практике рисуночные техники: «Дом. Дерево. Человек», «Автопортрет», «Несуществующее животное». Для диагностики речевого развития используются простейшие средства: беседа, наблюдение за ребенком. Лучше всего проводить диагностику вовремя игрового процесса, когда ребенок раскрепощен.

Коррекционная работа (и это хорошо известно психологам-практикам) очень трудоемка, нередко тяжела для ребенка и часто малоэффективна потому, что необратимость - одна из основных характеристик любого развития, в том числе, и дефективного. Человека нельзя перепрограммировать, как компьютер.

Смысл работы психолога состоит в реорганизации жизнедеятельности ребенка таким образом, чтобы в ней были задействованы только нормально созревающие мозговые функции, а на ослабленные или дефектные процессы приходилась бы минимальная нагрузка, что в результате может обеспечить полноценное психическое развитие.

§ 2 Программы и методики помощи, реабилитации детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности с применением игровых и нетрадиционных методов

Итак, в конечном итоге я могу сделать вывод, что СДВГ это структурная аномалия подкорковых отделов головного мозга, которое вызывает ослабление поступления афферентных сенсорных стимулов в кору головного мозга и в результате обычной сенсорной стимуляции уровень активности коры не достигает нужного уровня. Дети с СДВГ,

чтобы стимулировать кору находят себе различные стимулы в виде гиперактивного поведения. В своей практике для стимуляции коры головного мозга я применяю методику разработанную братьями Деннисон «Гимнастика для мозга». Все больше находится доказательств того, что физическая активность вызывает биологические изменения в мозгу, которые улучшают способность каждого человека осваивать новое. Рассмотрим подробнее это чудо методику.

Всем известно, что детям свойственно учиться через игру и движения. Веселые и подвижные игры развивают крупную и мелкую моторику, которая влияет на структуру мышления и стимулирует умственные процессы. Существует множество методик, теории, способов запусков мозговых процессов, педагогической коррекции, реабилитации, но на мой взгляд наиболее уникальна методика обучения через движения, которую можно применять как в школе, дошкольных учреждениях так и дома¹. Движение - есть дверь к обучению, а наука которая особенно трепетно и широко раскрывает смысл движения называется кинезиология. Кинезиология - это наука о развитии умственных способностей и физического здоровья через определенные двигательные упражнения. Истоки этой науки можно проследить в Древней Греции, в индийской йоге, в фольклорных пальчиковых играх в Древней Руси. Все эти системы основаны на основах кинезиологии: специальные движения поддерживают и усиливают активность мозга, с изнашивания которого начинаются отклонения во всех видах здоровья.

Современные кинезиологические методики направлены на активизацию различных отделов коры головного мозга, ее больших полушарий, что позволяет развивать способности человека или корректировать проблемы.

Давайте вспомним наше детство, оно было наполнено ежедневными подвижными играми на природе. Мы бегали, прыгали, лазали, всесторонне познавая мир и тем самым обретая себя в нем. Движение было не

¹ Деннисон П. Гимнастика для мозга. – Санкт-Петербург: Весь, 2019. – С.13.

средством достижения какой-либо цели, а частью жизни. Какая картина открывается перед нами, если мы взглянем на сегодняшнее подрастающее поколение? Малоподвижный образ жизни, «гаджетозависимость», отсутствие живого общения, как следствие всего этого у ребенка может наблюдаться: дефицит внимания и концентрации — дети гиперактивны и крайне рассеянны, дефицит слухового аспекта — дети плохо воспринимают информацию на слух, не могут повторить то, что сказали до них, дефицит активной искры и снижение фантазии — им совершенно не интересно рассуждать, они не в состоянии написать сочинение, создать новый образ. А кроме того повальное увлечение гаджетами не только снижает качество учебы, но и оказывает негативное влияние на настроение и психический фон детей. Оставшись без смартфона, дети тоскуют, испытывают растерянность и совершенно не знают, чем себя занять. Поэтому, уже приступив к усвоению учебных дисциплин, они все еще нуждаются в развитии базовых сенсорных навыков¹.

Более двух лет назад я открыла для себя и своих дошкольников уникальную, эффективную методику «гимнастики мозга». Успех программы также подтверждается результатами более чем сотни пилотных исследований, рассказами педагогов, восторженными отзывами родителей. Рассмотрим чем же прекрасна эта методика. Разнообразные и специфические упражнения разработаны таким, образом, чтобы однозначно соответствовать конкретным физическим потребностям детей, возникающим в ходе занятия. Упражнения «будят мозг», развивают гибкость, бинокулярность и зрительно-моторную координацию, что позволяет детям добиваться успехов в учебе, а также преуспевать и творить в условиях современной, наполненной стрессами жизни. Благодаря этим движениям все начинания даются несравнимо легче. При выполнении упражнения снова и снова задействуют все свои эмоции и энергию. Обучение на основе движения подразумевает в высшей степени

¹ Грибкова Т.П. Логопедическая работа по развитию мелкой моторики у обучающегося младшего школьного возраста с тяжелыми и множественными нарушениями развития. – Москва: Б.и., 2020. – С. 14.

целенаправленное движение, и чаще всего порождает такое соответствие между мыслью и действием, что обучение происходит по собственной инициативе учащегося. Из собственного опыта могу сказать, что выполнение кинезиологической зарядки по несколько минут в день увеличивает сосредоточенность и четкость работы в группах, способствует позитивному настрою.

Кинезиологические упражнения можно разделить на несколько категорий: «Энергетические упражнения», «Глубинные состояния», «Растяжки», «Осевые движения». Рассмотрим некоторые из упражнений, которые особенно понравились моим ученикам. Последовательность упражнений, которые вы увидите ниже основана на личном опыте и наблюдении за ответной реакцией детей. Обычно кинезиологическую зарядку мы с группой детей дошкольного возраста делаем вначале развивающего занятия. Эта зарядка является ритуалом начала занятия. Зарядка проходит под музыкальное сопровождение.

«Дыхание животом» - обучает технике глубокого дыхания. В ходе выполнения этого упражнения происходит расширение грудной клетки с одновременным снятием напряжения в районе брюшной полости. Данное упражнение способствует развитию ритмичной речи, сосредоточенности и внимательности.

«Перекаты головы» - расслабляет шею и снимает напряжение. Данное упражнение способствует развитию такого навыка как чтение вслух, фокусирование на близких объектах и направленность взгляда.

«Массаж ушей» - снимает напряжение в области шеи и плечевых мышцах, а также привлечь внимание к слуховой системе. Данное упражнение способствует развитию понимания выслушанного, развивает музыкальный слух, развивает навыки запоминания при письме.

«Слон» - используется для того, чтобы научиться непринужденному повороту головы для прослушивания двумя ушами. Данное упражнение способствует развитию фонематического слуха у детей, декодированию при правописании.

«Сова» - направленно на развитие зрения , слуха, улучшает внимание и память

«Активация руки»- упражнение растягивает мышцы верхнего отдела грудной клетки, помогает уравновесить мышцы груди и спины, расслабляет пальцы. Мышечное управление крупной и мелкой моториками происходит именно в этой области. Упражнение развивает такие навыки как почерк, скоропись, правописание.

«Ленивые восьмерки»- стимулируют координацию глаз, облегчается возможность использования бинокулярного зрения.

«Сцепления» - скрещивания рук и ног в положении стоя задействует мышцы, связанные с балансировкой и тем самым восстанавливает равновесие после стресса. Выполнение упражнения побуждает к успокоению, сосредоточенности и организации рассеянного внимания.

«Связь с землей» - улучшает внимание, формирует способности совершения в уме арифметических действия, способствует умению планирования.

Эти простые, но эффективные упражнения приводят к большим личным успехам и приносят немало удовольствия от применения разнообразных навыков в повседневной жизни. И в заключении хотелось бы сказать, что у детей все важные чувства, желания и интересы приобретают физическое воплощение¹. Если бы одна единственная формула позволила исцелить все недуги современных методов образования, то это была бы формула движения — верните тело!

Начиная работу над звуковой стороной, развитием речи ребенка, обязательно обращаем внимание на нарушение координации движений, на степень развития мелкой моторики рук, наличие и сформированность чувства ритма, уровень развития вербальной памяти, внимания, восприятия. Речевые расстройства у детей с СДВГ требуют более основательного подбора методов коррекционной работы. Логопедическая

¹ Медведева Е.Н. Содержание и особенности проведения занятий коррекционно-развивающей направленности с использованием средств гимнастики для дошкольников с нарушением речи. – Великие Луки: Великолупская государственная академия физической культуры и спорта, 2013. – С.97.

работа в своей основе предусматривает использование большого количества повторяющихся упражнений, требующих от ребенка сосредоточенности и усидчивости, данные упражнения должны начинаться с более легких для ребенка и в дальнейшем усложняться. Нужно помнить, что гиперактивные дети неохотно выполняют задания, кажущиеся им скучными, неоднократно повторяющимися, трудными, не приносящими удовлетворения и не подкрепляемые поощрениями¹. Мною была введена в группу детей с СДВГ система поощрений. В начале занятия ребенку выдавались 10 бобовых зерен, которые он должен был сохранить до конца занятия, путем выполнения определенных заданий и упражнения. При невыполнении ребенком задания бобовое зерно забиралось педагогом. К концу занятия при сохранении 70 процентов зерен ребенку выдавался подарок (вид поощрительного подарка заранее обсуждался с ребенком. В начале занятия ребенок видел подарок). Тем самым мною были созданы условия стимуляции, управления собственным поведением, а в дальнейшем развитие уверенности в собственных силах.

При работе с детьми с СДВГ было выявлено, что не приносят ни какого результата просьбы к ребенку «собраться», «взять себя в руки», «не крутиться», «сидеть спокойно» когда ему читают, пытаются обсудить наглядное пособие. Моими маленькими помощниками в большом деле стали массажные колечки Су-джок. Применение массажеров су-джок во время развивающих занятий активизирует работу мозга, делая запоминание нового материала более глубоким и осознанным. Научные исследования доказали, что развитие речевых центров головного мозга происходит под влиянием сигналов, идущих от пальцев рук. Поэтому одновременно с логопедическими упражнениями специалисты рекомендуют проводить массаж су-джок, направленный на активизацию работы маленьких пальчиков. Проблема в том, что сосредоточиться гиперактивный ребенок не может, а массажеры волшебным образом

¹ Гиппенрейтер Ю.Б. Общаться с ребенком. Как? – Москва: АСТ, 2016. - С. 167.

«приземляют» ребенка, делая его более сконцентрированным. Рассмотрим несколько упражнений с мячом су-джок:

1. Передача мяча из руки в руку;
2. Передаем мяч друг другу. Упражнение выполняется между двумя детьми или педагогом и ребенком;
3. Передаем мяч по диагонали из руки одного ребенка в руку другого ребенка;
4. «Два мяча у меня, два мяча у тебя». Ребенок держит два мяча в обеих руках и по команде передает два мяча другому ребенку.
5. «Правая сверху рука у меня, правая у тебя; левая рука сверху у меня, левая рука сверху у тебя»
6. Катаем мяч между ладошек, прокатываем мяч по кистям рук.

Выполняя упражнения общайтесь с ребенком спокойно, мягко, не допускайте перевозбуждения. В начале упражнений рекомендую дать ребенку такую установку- «приручи мяч». В ходе практики, могу сказать, эта настройка положительно влияет на результаты выполнения вышеперечисленных упражнений.

Предлагаю рассмотреть комплекс упражнений с карандашами с элементами самомассажа. Для данного комплекса потребуется карандаш или деревянная палочка длиной не более 10 см. Также для речевой активности предлагаю включать в данные упражнения небольшие стихи.

Движения пальцев рук исторически, в ходе развития человечества, оказались тесно связанными с речевой функцией. Все ученые, изучавшие деятельность детского мозга, психику детей, отмечают большое стимулирующее влияние функции руки. Невропатолог и психиатр В.М. Бехтерев писал, что движения руки всегда были тесно связаны с речью и способствовали ее развитию. Движения пальцев рук у людей совершенствовались из поколения в поколение, так как люди выполняли руками все более тонкую и сложную работу¹. В связи с этим происходило

¹ Печерская А.Е. логопедическая работа по развитию мелкой моторики детей с дизартрией. – Москва: Б.и., 2016. – С. 35.

увеличение площади двигательной проекции кисти руки в человеческом мозге. И. Кант говорил «Рука - это наружу вышедший мозг».

В лаборатории электрофизиологических исследований. Ученными Т.П. Хризман и М.И. Звонаревой, было обнаружено, что, когда ребенок производит ритмические движения пальцами, у него резко усиливается согласованная деятельность лобных и височных отделов головного мозга. Естественно, что этот факт должен использоваться в работе с детьми с СДВГ, особенно там, где имеется отставание, задержка развития моторной речи.

Предлагаю следующий комплекс упражнений с карандашом:

1. Катаем карандаш между ладошек. Сначала прокатываем карандаш медленно, потом увеличиваем темп, далее работаем меняя темп.

2. Катаем карандаш по кисти руки вверх и вниз.

3. «Вертолет» Зажимаем карандаш между большим и указательным пальцами и имитируем движение лопастей вертолета. Выполняем упражнение правой и левой рукой по очереди.

4. «Молоток и гвоздь» Держим карандаш вертикально и большим пальцем пытаемся протолкнуть карандаш вниз.

5. «Крючок» Удерживаем карандаш в горизонтальном положении, сжимая указательными пальцами у концов.

6. «Флажок» удерживаем карандаш вертикально: сначала четырьмя пальцами правой руки (большой отведен в сторону), потом большим пальцем и ладонью).

7. «До свидания» Повернем ладони друг к другу. Удерживаем карандаш за концы между большими и указательными пальцами. (кончиками пальцев правой руки последовательно касаемся одноименных пальцев левой: указательные - «До», средние - «сви», безымянные - «да», мизинцы - «нья»).

Итак, позаботьтесь о развитии тонких движений пальцев рук у вашего ребенка- это потребует всего несколько минут вашего времени в день, и эти минуты окупятся сторицею¹.

Для коррекции эмоциональной сферы у детей с СДВГ, в качестве отличного диагностического средства в своей работе я использую «Песочную терапию». В качестве базы я применяю Юнгианскую песочницу - метод, который с конца 1950 годов используют в терапии, дефектологии и логопедии. Песочница представляет собой короб с песком (бока короба окрашены в голубой цвет, как символ неба) и миниатюрными фигурками, изображающими животных, людей или элементы природы и предметы обихода. России данный метод практикуется относительно недавно, но он успел зарекомендовать себя, как эффективный метод психокоррекции у детей с СДВГ.

В своей работе с детьми с СДВГ я применяю следующую последовательность действия в Юнгианской песочнице: во-первых, непосредственно знакомство ребенка с песком. Предлагаю ребенку следующие игры:

1. Пощупать песок и описать какие чувства вызывают у него соприкосновении с песком. Какой песок? (холодный, теплый, мокрый, сухой), приятен ли он тебе?

2. Создаем с ребенком «песочный дождь». Набираем в кулак песок и сыпем его в песочницу.

3. Создаем следы животных руками либо изображаем какие-либо рисунки.

4. «На какой пальчик сыпется песок». Ребенок закрывает глаза педагог сыпает один из пальцев ребенка стружкой песка. Ребенок пытается угадать на какой палец сыпется песок.

Когда ребенок познакомился с песком предлагаю ему построить «Мир» в котором он живет с использованием игрушек из академического

¹ Долбня А.Ф. логопедическая работа по развитию мелкой моторики детей с нарушениями речи. – Москва: Б.и., 2017. – С. 45.

списка. Штейнхард выделяет следующие обязательные категории фигурок, которые должны присутствовать в коллекции песочного терапевта: люди, животные, жилища или дома, предметы обихода, объекты среды обитания человека, объекты небесного пространства, транспорт, иные аксессуары (бусины, шишки, ракушки, перья, сухие растения). Обязательно для ребенка предлагаю кувшин с водой для строительства «мира». Всю выше перечисленную атрибутику я выкладываю в зрительной доступности ребенка. Далее для себя я беру ручку и листок бумаги и не вмешиваюсь в работу ребенка, включаюсь в его «мир» только по просьбе самого «строителя мира».

Занятия с песочной терапией являются очень полезными для детей с СДВГ, так как, очень часто у таких детей происходит задержка речи. В основу песочной терапии с такими детьми положены представления о тесной взаимосвязи между мелкой моторикой и развитием полушарий головного мозга. При взаимодействии с песком ребенок использует две руки одновременно и это благотворно влияет на развитие правого и левого полушария, а также их взаимодействия. У ребенка улучшается эмоциональное состояние, развивается мелкая моторика, успокаивается, тренирует внимание, воображение, в результате чего укрепляется его нервная система.

Хочу отметить важный аспект всех занятий! Педагог должен почувствовать ребёнка, «быть на одной волне», чтобы в дальнейшей работе исходить из его потребностей и возможностей¹. Очень важно и нужно выявить интересы ребёнка: например, одному ребёнку нравятся игры соревновательного характера, другому динамичные, третьему настольные игры и, исходя из выявленных интересов, планировать занятия, тем самым, вызывая у ребёнка позитивную мотивацию в занятиях. Это самый главный, центральный принцип, который должен использоваться при проведении занятий с детьми с СДВГ. Положительная

¹ Депутат И.С. Интеллектуальное развитие детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности. – Архангельск: ИПЦ САФУ, 2011. – С 147.

мотивация к занятиям достигается формированием положительных эмоций (даже за небольшие успехи необходимо хвалить ребенка) в отношении к процессу деятельности, к педагогу, с которым ребенок имеет дело. Это отношение создается на основе выражения педагогом позитивного отношения к ребенку и к их общей деятельности, выражения веры в силы и возможности ребенка, похвалы, помощи и выражения положительного отношения к результатам его работы. Разумно игнорировать вызывающие поступки и поощрять хорошее поведение ребенка.

Кроме заданий, которые применяет логопед для развития речи с обычными детьми, при занятиях с гиперактивным ребенком полезно встраивать в структуру занятия задания на развитие внимания, контроля над импульсивностью, развивающие произвольность. Но при этом надо учитывать, что ребенок с СДВГ не может выполнять несколько заданий или сложное задание, в таком случае необходимо разбивать задания на множество простых. Перегрузка занятий новизной и многообразием, резко снизит качество и значимость проводимой работы. При проведении занятий с данной категорией детей необходимо предлагать ребёнку больше игр на развитие мелкой моторики, развитие тактильных, слуховых, обонятельных ощущений. Надо исходить из индивидуальных особенностей ребенка.

Проведя работу по тренировке одной слабой функции и получив результаты, можно подбирать игры на тренировку сразу двух функций. Начинать лучше с индивидуальных форм работы, чтобы ребенок мог четко усвоить требования педагога, а затем постепенно вовлекать его в коллективные игры. При этом надо стараться увлечь ребенка, сделать так, чтобы ему было интересно. Когда же у него появится опыт участия в играх и упражнениях, направленных на развитие сразу 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.

У детей с СДВГ часто возникают трудности в коллективе, их наказывают, они не понимают за что, в целом напряжении между ними и окружением усиливается. Эти переживания оставляют в душе ребенка неприятный след. Возникает вторичная невротизация ребенка. Одной из важных задач педагога, является создание условий для переживания успеха и формирования положительной «Я-концепции». Ребенка обязательно надо подбадривать, хвалить за малейшее проявление выдержки, упорства, терпения, проявлять свой восторг, если он довел дело до конца. В ходе занятия необходимо использовать телесный и зрительный контакт. Если ребенок позволяет, можно погладить его, положить руку на плечо оказываю ему тем самым поддержку.

Таблица 1 Содержание программы: учебно-тематический план для детей с СДВГ среднего дошкольного возраста

№ п.п	Наименование разделов	Темы занятия	Кол-во часов	Формы контроля
1	Знакомство, установление контакта, диагностика	Вводное занятие. Диагностика	4	Наблюдение, анализ результатов, диагностика
2	Коррекционный раздел	Развитие концентрации и переключение внимания	4	Наблюдение и анализ
		Развитие концентрации внимания в процессе осязания через тактильные ощущения	3	Наблюдение и анализ
		Развитие произвольной регуляции мышечного напряжения и расслабления (Кинезиологические упражнения, гимнастики для мозга с подручными предметами)	3	Наблюдение и анализ
		Артикуляционная гимнастика	4	
		Обучение различным типам дыхания и произвольной регуляции дыхания	3	Наблюдение и анализ
		Закрепление освоенных приемов релаксации и типов дыхания	3	Наблюдение и анализ результатов

Продолжение таблицы 1

3	Промежуточная диагностика	Диагностика	1	Анализ результатов диагностики
4	Преодоление деструктивных эмоций	Осознание негативных эмоции	3	Наблюдение и анализ
		Освоение различных способов отреагирования негативных эмоции	4	Наблюдение и анализ
5	Обучение навыкам общения	Развитие умения действовать по правилам. Игры с правилами	4	Наблюдение и анализ
6	Развитие навыков программирования и контроля	Составление и проигрывание алгоритма действия, связанных с бытовыми ситуациями (на примере сказочных героев)	4	Наблюдение и анализ
7	Итоговая диагностика и	Диагностика и подведение итогов	2	Наблюдение и анализ
	подведение итогов			

§ 3 Анализ эффективности методов коррекции речевой активности у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности

В настоящее время расстройства речи у детей с СДВГ изучены достаточно хорошо, и многие из них успешно излечиваются. Для широкого круга родителей подробное знакомство с этой областью едва ли нужно, но иметь общие представления о ней, по-видимому, будет полезно. Родители, например, должны знать, что является отклонением от правильного развития речи, что относится к ее расстройствам. Это поможет им вовремя обратиться к специалисту и дефект может быть выправлен скорее. Важно помнить: чем более стойки характер приобрело то или иное нарушение, тем труднее его лечить¹. Своевременное обращение к специалисту и систематических занятиях ребенок с СДВГ (при наличии речевых дефектов) вырастет полноценным человеком,

¹ Гнатик Е.Н. Генетическая инженерия человек. – Москва: Издательство Российского университета дружбы народов, 2005. – С. 345.

поэтому родители не должны падать духом. Надо настроить ребенка и себя на спокойную длительную работу, которая, как правило, завершится успехом.

В ходе практической деятельности с детьми с СДВГ мною были предложены эффективные методы работы с данной категорией детей, однако, нужно помнить, что в каждом отдельном случае педагог, дефектолог, логопед должен учитывать степень нарушений, особенности ребенка и в соответствии с этим дать указания для родителей и грамотно построить работу в дальнейшем.

В заключение моей работы хочется подвести небольшой итог.

Психическое здоровье ребенка, в том числе и развитие у него полноценной речи, во многом зависит от внимания и заботы семьи. 80% случаев заикания – невротического происхождения, а это значит, что нужно принимать меры к лечению любых невротических проявлений и снижению возбудимости детей. Разве установление режима, создание спокойной обстановки, игры на развитие мелкой моторики рук не в наших руках?! Подумайте, какой процент речевых дефектов можно предупредить, если взрослые достаточно почувствуют свою ответственность за это!

В ходе физиологического изучения речи у детей с СДВГ выявилось совершенно исключительное значение тонких движений пальцев рук для формирования речи. Конечно, общение ребенка с окружающими взрослыми и другими детьми очень важно – при этом ребенок получает материал для подражания. Но связь функции кисти рук и речи оказалась настолько тесной и значимой, что тренировку пальцев рук считаю возможным рассматривать как мощный физиологический стимул развития речи ребенка. Педагоги должны организовать и направить двигательную деятельность ребенка с тем, чтобы обратить ее на пользу.

Еще один вопрос, Когда мы говорили о коррекции СДВГ и лечении разных форм речевых расстройств, то все время подчеркивали необходимость длительной и систематической работы с ребенком. Это

основное условие, которое поможет справиться с бедой, если она случилась. Конечно, от родителей и всех, кто работает с ребенком с диагнозом СДВГ требуется терпение и самодисциплина. Взрослые должны обратить самое серьезное внимание на состояние своей собственной нервной системы. И если с ребенком работает дефектолог, а дома он попадает в напряженную обстановку, где говорят на повышенных тонах, часты конфликты, люди нетерпеливы, резки, то результат коррекции будет плохой. Дислалии, дизартрии, нарушения темпа речи, алалии, афазии – со всеми этими расстройствами можно справиться полностью или добиться значительного улучшения состояния речи ребенка, но мы должны помогать ребенку настойчиво, с любовью и верой в успех.

Общая цель в воспитании и обучении детей с СДВГ должна заключаться в предупреждении отклонений в развитии. Коррекционная работа, независимо от ее эффективности, выглядит благородной - мы боремся с дефектом ребенка. Профилактика дефекта, когда он еще явно не виден, - дело неблагодарное. Прогнозам часто не верят. А если вовремя принятые меры позволяют избежать осложнений, то часто появляется уверенность, что и без них развитие ребенка протекало бы нормально. Тем не менее, на мой взгляд, главная задача психолога состоит в том, чтобы вовремя прогнозировать будущие проблемы развития и, опираясь на знания и опыт, делать все, чтобы прогноз не оправдался.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

С каждым годом жизнь предъявляет все более высокие требования не только к нам, взрослым людям, но и к детям: неуклонно растет объем знаний, которые нужно им передать, мало того, педагоги хотят, чтобы усвоение знаний было не механическим, а осмысленным. Для того чтобы помочь детям справиться с ожидающими их сложными задачами, нужно позаботиться о своевременном и полноценном развитии эмоциональной сферы и формировании речи. Всякая задержка в ходе развития речи затрудняет общение ребенка с другими детьми и взрослыми, в какой-то мере исключает его из игр, занятия, а если это еще идет сопутствующим «бонусом» к СДВГ, то представим с какими огромными трудностями может столкнуться ребенок и семья в целом.

Почему только человек оказался способен к развитию членораздельной речи и отвлеченного мышления? Ответ один: это зависит от особенностей строения мозга.

У здорового ребенка оба полушария работают согласованно и в физиологии мозга существует специальная проблема - изучение закономерностей взаимодействия полушарий мозга. Согласованная деятельность обоих полушарий делает возможным объединение физиологических механизмов образного и отвлеченного мышления. Если взять, например речевую функцию, то можно видеть, что совместная работа правого и левого полушария позволяет ребенку одновременно и воспринимать смысловое содержание слышимых слов, и различать, кто говорит, с какой интонацией¹.

СДВГ у ребенка – самое огорчительное и обидное для родителей открытие, которое порождает у них смятение и чувство вины. Она вносит в семью нервозность, иногда – разлад и омрачает отношения как между родителями, так и между ними и ребенком вплоть до неприятия его с решительным высказыванием «У нас в роду были всякие, но «таких» не

¹ Веденева, С.И. Основы классного руководства. – Москва : Флинта, 2020. – С. 76.

было». Ребенку с СДВГ становится трудно неуютно уже в детском саду. Он не понимает воспитательницу, а она его. Ребенок дезориентирован, а потому тревожен, испытывает страх, депрессию.

Ребенок с СДВГ любопытен, но не любознателен. Он на все смотрит, но в результате ничего не видит. Если не заниматься его воспитанием и коррекцией он таким и останется, а что еще хуже его проблемы будут нарастать как снежный ком. Поверхностными будут его знания, рассуждения, умозаключения ибо и в мыслях он торопится, ни на чем не задерживаясь. Хаос в голове сродни хаосу в его карманах и портфеле, В результате его ориентация сведется к поверхностным представлениям о предметах и людях, к упрощенному и конкретно заземленному знанию жизни, ограничится ближним пространством и суженой микросоциальной средой. Однако, упорная тренировка помогает преодолеть все последствия ММД¹. Помощь невропатолога, психиатра, дефектолога, логопеда в таких случаях крайне необходима.

Дошкольное обучение и развитие ребенка должны проходить в игровой форме и быть согласованы с ритмом работы его мозга. Особое внимание необходимо уделять занятиям, способствующим подготовке ребенка к школе (чтению, рисованию, раскрашиванию, конструированию и пр.). Не следует перегружать ребенка занятиями в различных кружках и студиях, особенно в таких, где значительны нагрузка на память, внимание, вероятно физическое переутомление, а также, если ребенок особой радости от этих занятий не испытывает.

Для родителей и педагогов можно выделить несколько рекомендации по работе с ребенком с СДВГ:

1. Устанавливаем контакт с ребенком
2. Постоянство правил (Важна единая линия поведения родителей, педагогов согласованность их воспитательных воздействий)

¹ Ясюкова Л.А. Оптимизация обучения и развития детей с ММД. Диагностика и компенсация минимальных мозговых дисфункций. – Санкт-Петербург: Речь, 1997. - С. 98.

3. Порядок и безопасность. Всегда убираем от ребенка опасные предметы (бьющиеся, лекарства, бытовую химию)

4. Обязательное составление и соблюдение режима дня для ребенка

5. Правило «Кулика». Хвалим ребенка даже за малейшие успехи

6. «Ветер в паруса» родители должны отыскивать уникальные таланты, поддерживать и создавать условия для их реализации.

7. Энергия в нужное русло (спорт, туризм и другие подвижные игры)

8. Правило «собираемся в поход» - любой выход из дома заранее продумываем до мелочей. Вещи, которые нам понадобятся, маршрут.

9. Безусловная любовь.

10. Не имеет смысла тренировать у ребенка внимание или память: это не дает результатов. В первую очередь, необходимо развивать речь и мышление детей, учить их рассуждать

11. Родители тоже люди! становится совсем тяжело, вспомните, что к подростковому возрасту, а у некоторых детей и раньше, гиперактивность проходит. Однако ребенку с СДВГ нужны психически здоровые мама и папа, поэтому нужно давать время отдыха и для себя.

Борьба с последствиями ММД, СДВГ – убедительный пример того, как весьма неблагоприятный биологический фактор детской трудности может быть купирован, преодолен настойчивыми воспитательными воздействиями, игровыми методиками, если они своевременны, продуманы и добры.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Ахметова, Д.З. Педагогика, психология и технологии инклюзивного образования[Текст]/Динара Ахметова. – Казань : Познание, 2014. – 640с.
2. Бондаренко, Г.А. Оздоровительная физическая культура у гиперактивных детей[Текст]/Геннадий Бондаренко. – Смоленск : СГАФКСТ, 2016. – 47с.
3. Брызгунов, И.П. Непоседливый ребенок, или все о гиперактивных детях[Текст]/Игръ Брызгунов. – Москва : Издательство Института Психотерапии, 2010. - 267с.
4. Веденева, С.И. Основы классного руководства[Текст]/Савва, Веденева. – Москва : Флинта, 2020. – 126с.
5. Гаврисенко, Е.А. Студенчество в научном поиске[Текст]/Елена, Гаврисенко. – Сургут : РИО СурГПУ, 2018. – 162с.
6. Гарбузов, В.И. Нервные дети[Текст]: научно-популярная медицинская литература / Вилен Гарбузов. – Москва : Медицина, 1990. – 166с.
7. Гиппенрейтер, Ю.Б. Общаться с ребенком. Как? [Текст]/Юлия Гиппенрейтер. – Москва : АСТ, 2016. - 256с.
8. Глозман, Ж.М. Практическая нейропсихология. Опыт работы с детьми, испытывающими трудности в обучении[Текст]/Жанна Глозман. – Москва : Генезис, 2016. – 337с.
9. Гнатик, Е.Н. Генетическая инженерия человека[Текст]/Екатеририна Гнатик. – Москва : Издательство Российского университета дружбы народов, 2005. - 360с.
10. Голдберг, Э. Управляющий мозг. Лобные доли, лидерство и цивилизация[Текст]/Элхонон Голдберг. – Москва : Смысл, 2003. - 335с.
11. Грибанов, А.В. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей[Текст]/Алексей Грибанов. – Москва : Академия, 2005. – 340с.
12. Грибкова, Т.П. Логопедическая работа по развитию мелкой моторики у обучающегося младшего школьного возраста с

- тяжелыми и множественными нарушениями развития[Текст]/Татьяна Грибкова. – Москва : Б.и., 2020. – 62с.
13. Деннисон, П. Гимнастика для мозга[Текст]/Пол Деннисон. – Санкт-Петербург : Весь, 2019. – 307с.
14. Депутат, И.С. Интеллектуальное развитие детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности[Текст]/Ирина Депутат. – Архангельск : ИПЦ САФУ, 2011. - 223с.
15. Долбня, А.Ф. логопедическая работа по развитию мелкой моторики детей с нарушениями речи[Текст]/Андрей Долбня. – Москва : Б.и., 2017. – 59с.
16. Заваденко, Н.Н. Диагноз и дифференциальный диагноз Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей[Текст]: методические рекомендации / Николай Заваденко. – Москва : Академия, 2005. – 56с.
17. Казаковцев, Б.А. Психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99). Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации[Текст]/Борис Казаковцев. – Москва : Прометей, 2013. – 584с.
18. Кольцова, М.М. Ребенок учится говорить[Текст]/Марионилла Кольцова. – Москва : Советская Россия, 1973. – 189с.
19. Лебедева, А.И. Особенности педагогической поддержки гиперактивных детей[Текст]/Анастасия Лебедева. – Москва : Б.и., 2020. – 64с.
20. Ломакина, Г.Р. Гиперактивный ребенок. Как найти общий язык с непоседой[Текст]/Гульнара Ломакина. – Москва : Центрполиграф, 2009. - 345с.
21. Медведева, Е.Н. Содержание и особенности проведения занятий коррекционно-развивающей направленности с использованием средств гимнастики для дошкольников с нарушением речи[Текст]/Елена Медведева. – Великие Луки : Великолупская государственная академия физической культуры и спорта, 2013. – 221с.

22. Метельская, С.Ю. Организация работы социального педагога по формированию произвольного поведения у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью[Текст]/Светлана Метельская. – Москва : Б.и., 2018. – 86с.
23. Мони́на, Г.Н. Работа с детьми, имеющими СДВГ[Текст]/Галина Мони́на. – Москва : Речь, 2001. – 87с.
24. Неретина, Т.Г. Использование артпедагогических технологий в коррекционной работе[Текст]/Татьяна Неретина. – Москва : Флинта, 2019. – 277с.
25. Печерская, А.Е. логопедическая работа по развитию мелкой моторики детей с дизартрией[Текст]/Антонина Печерская. – Москва : Б.и., 2016. – 56с.
26. Романчук, О.И. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей[Текст]/Олег Романчук. – Москва : Генезис, 2016. - 346с.
27. Рождественская, Н.А. Девиантное поведение и основы его профилактики у подростков[Текст]/Наталия Рождественская. - Москва : Генезис, 2016. – 216с.
28. Фри́дман, Г. Победа над СДВГ[Текст]/Грэйс Фри́дман. – Москва : Добрый вестник, 2019. - 250с.
29. Хахалин, Л.Н. Загадка вашего ребенка[Текст]/Лев Хахалин. – Москва : Народный университет, 1990, 181с.
30. Хэлловэлл, Э. Почему я отвлекаюсь. Как распознать синдром дефицита внимания у взрослых и детей и что с ним делать[Текст]/Эдварт Хэлловэлл. - Москва : Манн, Иванов и Фербер, 2017. - 368 с.
31. Чимаров, В.М. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей[Текст]/Валерий Чимаров. – Тюмень : Средне-Уральское книжное издательство, 2005. – 376с.
32. Яремова, А.С. Развитие навыков сосредоточенности у детей младшего школьного возраста с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью[Текст]/Александра Яремова. – Москва : Б.и., 2019. – 97с.

33. Ясюкова, Л.А. Оптимизация обучения и развития детей с ММД. Диагностика и компенсация минимальных мозговых дисфункций[Текст]/Людмила Ясюкова. – Санкт-Петербург : Речь, 1997. - 235с.