



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

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

**Коррекция синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей  
младшего школьного возраста с задержкой психического развития**

Выпускная квалификационная работа по направлению  
44.04.03 Специальное (дефектологическое) образование  
Направленность программы магистратуры

«Психолого-педагогическая реабилитация лиц с ограниченными возможностями  
здоровья»  
Форма обучения заочная


Проверка на объем заимствований:  
93,98 % авторского текста

Работа рекомендована к защите  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 2025 г.

Зав. кафедрой ПСИО и ПМ

 Корнеева Н.Ю.

Выполнила:

Студентка группы ЗФ-309-170-2-1  
Буланова Александра Сергеевна 

Научный руководитель:

Доцент кафедры, кандидат  
психологических наук

Пахтусова Наталья Александровна  


## СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ .....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ	
1.1. Психолого-педагогическая и клинико-психологическая характеристика синдрома дефицита внимания и гиперактивности и задержки психического развития .....	8
1.2. Нейропсихологические механизмы нарушений при синдроме дефицита внимания и гиперактивности у детей младшего школьного возраста с задержкой психического развития.....	25
1.3. Произвольная регуляция поведения, учебная деятельность и коррекционный потенциал при синдроме дефицита внимания и гиперактивности и задержке психического развития у детей младшего школьного возраста.....	33
Выводы по первой главе .....	47
ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОРРЕКЦИОННО-РАЗВИВАЮЩЕЙ ПРОГРАММЫ ДЛЯ ДЕТЕЙ С СДВГ И ЗПР	
2.1. Организация исследования и характеристика участников.....	51
2.2. Методики и методы исследования .....	51
2.3. Констатирующий этап исследования .....	52
2.4. Формирующий этап исследования: реализация программы.....	55
2.5. Контрольный этап исследования .....	56
Выводы по второй главе .....	59
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	62
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ .....	72
ПРИЛОЖЕНИЕ.....	80

## ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. В современной системе специального (дефектологического) образования проблема повышения эффективности коррекционно-развивающей работы с детьми, имеющими коморбидные нарушения, приобретает статус приоритетной. Одной из наиболее сложных категорий, обучающихся в условиях реализации Федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья являются дети с сочетанием синдрома дефицита внимания и гиперактивности и задержки психического развития. Данное сочетание, встречающееся, по разным оценкам, у 30–50% детей с нарушениями темпа психического развития, создает эффект взаимного отягощения: первичный регуляторный дефицит, характерный для синдрома дефицита внимания и гиперактивности, блокирует компенсаторные возможности ребенка, необходимые для преодоления задержки психического развития.

Актуальность исследования на социально-экономическом уровне обусловлена необходимостью профилактики школьной дезадаптации и социальной изоляции данной категории детей. На научно-теоретическом уровне актуальность продиктована потребностью в интеграции достижений отечественной нейропсихологической школы (А. Р. Лурия, Л. С. Выготский) и современных коррекционных технологий для создания комплексных программ сопровождения. Несмотря на обширную литературу, посвященную отдельно синдрому дефицита внимания и гиперактивности и отдельно задержке психического развития, вопросы сочетанного влияния этих нарушений на формирование учебной деятельности младшего школьника и методы их системной коррекции остаются изученными недостаточно.

Степень научной разработанности проблемы. Теоретический базис исследования составляют фундаментальные положения Л. С. Выготского о

зоне ближайшего развития и культурно-исторической природе психики, а также концепция функциональных блоков мозга А. Р. Лурии. Проблематика задержки психического развития глубоко раскрыта в трудах В. И. Лубовского, К. С. Лебединской, М. С. Певзнер. Изучением синдрома дефицита внимания и гиперактивности и механизмов нарушения произвольного контроля занимались как отечественные (Н. Н. Заваденко, Ю. В. Микадзе, А. В. Семенович), так и зарубежные исследователи (Р. Баркли, С. Фараоне, Э. Сонуга-Барке). Однако, несмотря на высокую частоту встречаемости сочетанного дефекта (СДВГ+ЗПР), в литературе наблюдается дефицит описания конкретных диагностических профилей и программ, учитывающих специфику именно коморбидного течения данных расстройств в младшем школьном возрасте.

Объект исследования — процесс психолого-педагогической коррекции нарушений развития у детей младшего школьного возраста с задержкой психического развития.

Предмет исследования — методы и приемы коррекции синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей младшего школьного возраста с задержкой психического развития.

Цель исследования — теоретически обосновать, разработать и экспериментально проверить эффективность коррекционно-развивающей программы, направленной на преодоление проявлений синдрома дефицита внимания и гиперактивности у младших школьников с задержкой психического развития.

Гипотеза исследования базируется на предположении о том, что коррекция синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей с задержкой психического развития будет протекать более эффективно, если:

1. Коррекционное воздействие носит комплексный характер и базируется на нейропсихологическом подходе, воздействуя одновременно на энергетический, регуляторный и когнитивный блоки мозга.

2. Программа включает методы поэтапного формирования речевой саморегуляции и алгоритмизации действий.

3. Учитывается быстрая истощаемость обучающихся через дробление нагрузки и использование сенсомоторных упражнений.

Задачи исследования:

1. Выполнить теоретический анализ психолого-педагогической литературы по проблеме сочетания СДВГ и задержки психического развития в младшем школьном возрасте.

2. Изучить нейропсихологические механизмы нарушений произвольной регуляции и внимания при коморбидном течении данных расстройств.

3. Провести диагностику исходного уровня выраженности симптомов СДВГ и особенностей внимания у младших школьников с ЗПР.

4. Разработать и апробировать комплексную программу коррекции синдрома дефицита внимания и гиперактивности у данной категории детей.

5. Оценить результативность проведенной работы на основе сравнительного анализа данных констатирующего и контрольного этапов эксперимента.

Методологическую основу исследования составляют: системный подход к изучению психики; концепция нейропсихологического анализа нарушений ВПФ (А. Р. Лурия); учение о системном строении дефекта (Л. С. Выготский); теория поэтапного формирования умственных действий (П. Я. Гальперин).

Методы исследования: — *теоретические*: анализ научной литературы, обобщение, систематизация; — *эмпирические*: педагогическое наблюдение, тестирование (шкала СДВГ по DSM-5, корректурная проба Бурдона, тест тревожности Тейлора), педагогический эксперимент

(констатирующий, формирующий и контрольный этапы); — *методы обработки данных*: количественный и качественный анализ результатов.

Научная новизна исследования заключается в том, что: — уточнены особенности проявления синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей с задержкой психического развития, проявляющиеся в специфическом профиле нейродинамической истощаемости и фрагментарности учебной деятельности; — научно обоснована и апробирована комплексная модель коррекции, интегрирующая методы замещающего онтогенеза, когнитивный тренинг и техники речевого опосредования контроля; — получены новые данные о динамике произвольного внимания у детей с коморбидными нарушениями в условиях структурированной коррекционной среды.

Теоретическая значимость работы состоит в расширении научных представлений о системном характере школьной неуспешности при сочетании синдрома дефицита внимания и гиперактивности и задержкой психического развития. Описанные в работе механизмы нарушения межполушарного взаимодействия и дефицитарности регуляторных структур дополняют теорию специальной педагогики в вопросах дифференциальной диагностики коморбидных состояний.

Практическая значимость исследования заключается в разработке и внедрении рабочей программы коррекционных занятий, которая может быть использована педагогами-дефектологами и психологами общеобразовательных и специализированных школ. Предложенный диагностический комплекс и методические рекомендации позволяют индивидуализировать образовательный маршрут обучающихся с синдромом дефицита внимания и гиперактивности и задержкой психического развития.

Положения, выносимые на защиту:

1. Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей с ЗПР выступает значимым фактором, препятствующим компенсации

основного нарушения, что требует выделения специфических мишеней коррекционного воздействия (нейродинамика, программирование и контроль).

2. Эффективная коррекция СДВГ у младших школьников с ЗПР возможна лишь при интеграции двигательных методов (нормализация тонуса первого блока мозга) и когнитивных упражнений на развитие речевой саморегуляции.

3. Реализация авторской программы способствует статистически значимому снижению импульсивности, повышению устойчивости внимания и стабилизации эмоционального фона, что подтверждается положительной динамикой учебной деятельности.

База исследования. Исследование проводилось на базе МАОУ «СОШ № 13 имени Д. И. Кашигина». В эксперименте приняли участие 12 обучающихся 7–9 лет с подтвержденными заключениями ПМПК диагнозами задержка психического развития и симптоматикой СДВГ.

Апробация результатов. Основные результаты исследования опубликованы в сборнике материалов V очной Международной педагогической конференции «Профессия, что всем даёт начало: роль педагога в современном образовании», проходившей 4 марта 2025 года в г. Челябинске.

Структура выпускной квалификационной работы. Работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка использованных источников (82 наименования) и 5 приложений. Общий объем работы составляет 111 страниц.

# ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

1.1. Психолого-педагогическая и клинико-психологическая характеристика синдрома дефицита внимания и гиперактивности и задержки психического развития.

Дефиниции синдрома дефицита внимания и гиперактивности и задержки психического развития в современной научной парадигме. Синдром дефицита внимания и гиперактивности квалифицируется как персистентный паттерн невнимательности, гиперактивности и импульсивности, уровень выраженности которых существенно превышает возрастные нормативные показатели развития. В соответствии с международными диагностическими критериями, верификация данного состояния предполагает сохранение симптоматики в течение минимум шести месяцев, наличие выраженной дезадаптации и манифестацию признаков в различных социальных средах в возрасте до 12 лет.

Понятие задержки психического развития описывает специфическое системное ретардационное нарушение, обусловленное факторами органической этиологии и выражающееся в гетерохронном отставании таких ключевых аспектов, как познавательные процессы, социальная зрелость и мотивационно-потребностная сфера. Российская психолого-педагогическая школа классифицирует задержку психического развития как пограничное состояние, расположенное в промежутке между интеллектуальной недостаточностью и типичным развитием. Ввиду данной специфики действующие нормативные акты устанавливают обязательность предоставления обучающимся особых образовательных условий. [5].

Теоретико-методологические подходы в отечественной и зарубежной науке. Зарубежные концепции синдрома дефицита внимания и

гиперактивности базируются преимущественно на нейропсихологическом анализе дефицитарности исполнительных функций (executive functions), локализованных в префронтальных структурах головного мозга, включая ингибицию, рабочую память и прогностическое планирование [33]. Модели Р. Баркли постулируют дисфункцию ингибиторного контроля как первичный дефицит, детерминирующий вторичные когнитивные нарушения [34]. В качестве значимого фактора рассматривается генетическая детерминированность расстройства, влияющая на нейрхимические процессы в синапсах [37]. Также выделяется модель двойного пути, где помимо когнитивного дефицита существенную роль играет аверсия задержки вознаграждения [38].

В рамках отечественной научной школы, базирующейся на культурно-исторической концепции Л. С. Выготского, синдром дефицита внимания и гиперактивности анализируется как следствие искаженного развития произвольной саморегуляции и дефицитарности в процессе формирования высших психических функций [17]. Подход нейропсихологический, разработанный А. Р. Лурией, дает возможность трактовать указанный синдром в качестве результата недостаточного функционального развития конкретных мозговых блоков — прежде всего первого (энергетического) и третьего (блока программирования и контроля) [31]. Современные исследования акцентируют внимание на динамике произвольности у младших школьников и необходимости комплексной нейропсихологической коррекции [42]. Особое место занимает анализ этиологических факторов, включая патологию пренатального и перинатального периодов развития [45].

Отечественная исследовательская школа, представленная такими видными учеными, как Э. Г. Симерницкая, Ю. В. Микадзе, Н. К. Корсакова и другие авторы, рассматривает синдром дефицита внимания с гиперактивностью в контексте более широкой категории минимальных мозговых дисфункций (ММД). Это подразумевает понимание синдрома

дефицита внимания и гиперактивности не как изолированного расстройства, а как проявления системных нарушений в работе регуляторных блоков мозга, отвечающих за управление вниманием, поведением и исполнительными функциями. Такой подход акцентирует роль субклинических органических изменений в центральной нервной системе, которые затрагивают нейродинамику и приводят к дефициту произвольного контроля, но при этом не достигают уровня выраженной неврологической патологии.

Что касается задержки психического, то отечественный подход детализирует его этиопатогенетическую структуру, выделяя четыре основные формы в зависимости от ведущих причинно-следственных механизмов:

Конституциональную форму, связанную с генетически обусловленными особенностями темпа созревания нервной системы, где наблюдается общее замедление психического развития без грубых органических дефектов;

Соматогенную форму, возникающую на фоне хронических соматических заболеваний, интоксикаций или дефицитов (например, гипоксии, недоедания), которые косвенно тормозят нейроразвитие;

Психогенную форму, обусловленную неблагоприятными социальными факторами, такими как длительная педагогическая запущенность, эмоциональная депривация или травмирующий семейный контекст, приводящими к вторичному отставанию;

Церебрально-органическую форму, наиболее тяжелую, с явными признаками раннего органического поражения мозга (перенесенные инфекции, травмы, перинатальные осложнения), где преобладают неврологические мягкие симптомы.

Особое значение придается высокому компенсаторному потенциалу детей с задержкой психического развития, который реализуется при целенаправленной коррекционно-развивающей работе. В этом контексте

ключевое значение имеют федеральные государственные образовательные стандарты, предусматривающие внедрение инклюзивного образования, адаптированных программ, индивидуальных образовательных маршрутов и специальных условий (логопедическая помощь, психолого-педагогическое сопровождение), что позволяет преодолевать дефициты и достигать возрастной нормы [4].

Расширенный анализ отечественных и зарубежных подходов к нейропсихологической коррекции детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности

Отечественные подходы к нейропсихологической коррекции

1. Системный подход А.Р. Лурия [21]

Фундаментальная концепция рассматривает мозг как динамическую функциональную систему, где высшие психические функции формируются прижизненно в процессе социального взаимодействия. Лурия выделил три основных блока мозга:

- Блок программирования, регуляции и контроля (передние отделы коры)
- Энергетический блок (стволовые и подкорковые структуры) - обеспечивает тонус коры
- Блок приема, переработки и хранения информации (задние отделы коры)

При синдроме дефицита внимания и гиперактивности центральным объектом нарушений выступает третий функциональный блок мозга, который обеспечивает произвольную регуляцию деятельности. Коррекционно-развивающая работа организуется на основе принципов системности, иерархичности и динамической локализации высших психических функций. В практическом плане применяются такие методы, как создание внешних опор для организации поведения, поэтапное усложнение предъявляемых заданий, а также разработка и отработка четких алгоритмов действий. Отдельный акцент делается на развитии

межполушарного взаимодействия, поскольку у данной категории детей нередко выявляется дисфункция мозолистого тела — основной комиссуры, обеспечивающей интеграцию работы полушарий.

Метод замещающего онтогенеза А.В. Семенович [24]

Этот инновационный подход основан на принципе рекапитуляции - повторного прохождения этапов раннего развития. Метод состоит из трёх ключевых компонентов:

Двигательная коррекция:

Интеграция архаичных рефлексов (тонического лабиринтного и симметричного шейного тонического)

Формирование пространственных представлений посредством телесно-ориентированного опыта

Развитие базовых сенсомоторных координаций

Дыхательные практики для регуляции мышечного тонуса

Когнитивная коррекция:

Создание внутреннего плана действий

Поэтапное формирование умственных операций (в соответствии с теорией П.Я. Гальперина)

Развитие произвольного внимания через двигательные алгоритмы

Эмоционально-волевая коррекция:

Конструирование образа «Я» через двигательную экспрессию

Коррекция восприятия телесных границ

Формирование навыков саморегуляции с использованием ритмических упражнений

Программа рассчитана на систематические занятия продолжительностью 1,5–2 года и включает задания для самостоятельного выполнения с участием родителей.

3. Подход В.И. Лубовского к формированию произвольной регуляции [19]

Лубовский разработал систему поэтапного формирования умственных

действий применительно к детям с задержкой психического развития.

Фундаментальные положения включают следующие направления:

Формирование системы внешних опор:

Вербальное сопровождение каждого этапа деятельности

Применение визуальных алгоритмов последовательности действий

Использование материализованных опорных средств (карточек, знаковых систем)

Последовательная интериоризация:

Переход от внешнего управления к механизмам самоконтроля

Трансформация совместной деятельности в автономное выполнение

Эволюция процесса от развернутого речевого проговаривания к свернутым формам внутреннего плана

Реализация дифференцированного подхода:

Учет специфики дефицитности (интеллектуальной, регуляторной или сочетанной)

Вариативность выбора коррекционного инструментария

Соблюдение индивидуальной динамики освоения программного материала

4. Комплексный подход И.И. Мамайчук [20] основан на разработанной ею интегративной модели коррекции, включающей четыре взаимосвязанных компонента:

Нейропсихологический компонент:

- диагностика функционального состояния мозга;
- развитие межполушарного взаимодействия;
- адаптация учебного материала;
- коррекция дефицитных функций.

Психолого-педагогический компонент:

- формирование учебных навыков;
- развитие познавательной мотивации.

Семейный компонент:

- обучение эффективным стратегиям воспитания;
- психотерапевтическая работа с родителями;
- коррекция детско-родительских отношений.

Социальный компонент:

- формирование коммуникативных навыков;
- развитие социальной компетентности;
- интеграция в детский коллектив.

Зарубежные подходы к коррекции СДВГ

1. Когнитивно-поведенческая терапия (CBT) по R.A. Barkley [32] Barkley, один из ведущих мировых экспертов по СДВГ, разработал интегративную теорию, согласно которой ключевой дефицит при синдроме дефицита внимания и гиперактивности - нарушение ингибиторного контроля. Его подход включает:

Поведенческие интервенции:

- Тайм-ауты как метод коррекции нежелательного поведения
- Токен-системы (системы жетонов) для подкрепления желаемого поведения
- Контракты поведения с четкими правилами и последствиями
- Когнитивные стратегии:
- Самоподкрепление - развитие внутренней мотивации
- Самомониторинг - обучение отслеживанию своего поведения
- Решение проблем - формирование алгоритмов принятия решений
- Родительский тренинг:
- 8-12 сессий обучения эффективным стратегиям воспитания
- Фокус на позитивном подкреплении
- Развитие последовательности в требованиях

2. Медикаментозная терапия в зарубежной практике [33] Согласно DSM-5, фармакотерапия является первой линией лечения при умеренных и тяжелых формах СДВГ. Исследования J. Biederman показывают:

Стимуляторы (метилфенидат, амфетамины):

- Улучшение внимания, снижение импульсивности
- Эффективность у 70-80% пациентов
- Длительность действия от 4 до 12 часов

Нестимуляторы (атомоксетин, гуанфацин):

- Более медленное начало действия
- Альтернатива при непереносимости стимуляторов
- Меньший риск злоупотребления

Комбинированная терапия:

- Сочетание медикаментов с поведенческой терапией
- Более устойчивые результаты
- Меньшие дозы препаратов при комплексном подходе

3. Модель дуального пути Е. Sonuga-Barke [36]

Эта революционная концепция предполагает два независимых патогенетических механизма:

Дефицит управляющих функций:

- Дефицит планирования и организации
- Нарушение рабочей памяти
- Снижение когнитивной гибкости

Нарушение системы подкрепления:

- Дефицит мотивационной регуляции
- Повышенная чувствительность к немедленному вознаграждению
- Снижение чувствительности к отсроченному подкреплению

Дифференцированные интервенции:

- Для детей с дефицитом управляющих функций - когнитивный тренинг, развитие рабочей памяти
- Для детей с нарушением системы подкрепления - поведенческая терапия, формирование толерантности к отсрочке
- Для смешанного типа - комбинированный подход

#### 4. Генетические исследования S. Faraone [35]

Faraone провел масштабные исследования наследственной природы СДВГ:

Генетические факторы:

- Наследуемость СДВГ составляет 70-80%
- Выявлено более 30 генов-кандидатов
- Полигенная природа расстройства

Генотип-средовое взаимодействие:

- Генетическая предрасположенность + неблагоприятная среда
- Роль перинатальных факторов
- Влияние воспитательных практик

Импlications для коррекции:

- Необходимость раннего выявления в группах риска
- Семейно-ориентированные программы вмешательства
- Профилактическая работа с родителями, имеющими СДВГ

Углубленный сравнительный анализ подходов

Философские основы:

Отечественные подходы базируются на культурно-исторической теории Л.С. Выготского, где развитие рассматривается как процесс интериоризации социального опыта. Акцент делается на зоне ближайшего развития и роли взрослого как посредника.

Зарубежные подходы основаны на биопсихосоциальной модели, где равное внимание уделяется биологическим, психологическим и социальным факторам. Преобладает эмпирическая валидизация методов через рандомизированные контролируемые исследования.

Методологические различия:

Цели коррекции:

- Российские специалисты стремятся к гармонизации развития в целом
- Западные коллеги фокусируются на снижении симптоматики и улучшении функционирования

Роль специалиста:

- В отечественной традиции - ведущий, направляющий развитие
- В зарубежной практике - тренер, обучающий конкретным навыкам

Оценка эффективности:

- Российские методы оцениваются по качественным показателям (динамика развития)
- Западные подходы требуют количественных измерений (шкалы оценок)

Интеграция с образованием:

Отечественный опыт [4]:

- Разработка адаптированных образовательных программ
- Внутришкольная психологическая служба
- Инклюзивное образование с тьюторским сопровождением
- Коррекционно-развивающие занятия в учебном плане

Зарубежные модели:

- Individualized Education Program (IEP) в США
- Classroom accommodations (адаптация условий обучения)
- Resource rooms (ресурсные комнаты для индивидуальных занятий)
- School-based interventions (школьные программы вмешательства)

Нейробиологические основы:

Российские исследования [24]:

- Акцент на функциональной пластичности мозга
- Изучение компенсаторных механизмов
- Развитие функциональных органов мозга через обучение

Зарубежные исследования [36]:

- Нейровизуализационные исследования (фМРТ, ПЭТ)
- Изучение нейротрансмиттерных систем (дофамин, норадреналин)
- Генетические и эпигенетические исследования

Современные интегративные тенденции

Трансдисциплинарный подход:

- Объединение усилий неврологов, психиатров, психологов, педагогов

- Единая концептуальная база для всех специалистов
- Совместное планирование коррекционных мероприятий

Технологические инновации:

- Биологическая обратная связь (нейрофидбек)
- Компьютерные когнитивные тренинги
- Мобильные приложения для саморегуляции
- Виртуальная реальность для социальных тренировок

Персонализированная медицина:

- Биомаркеры для прогнозирования ответа на лечение
- Генетическое тестирование для выбора терапии
- Индивидуальные траектории коррекции

Международные коллаборации:

- Мультицентровые исследования эффективности методов
- Обмен лучшими практиками между странами
- Стандартизация диагностических критериев

Практические рекомендации для специалистов

1. Дифференциальная диагностика - четкое определение типа СДВГ (с преобладанием невнимательности, гиперактивности-импульсивности или комбинированный)
2. Индивидуализация программы - учет сильных и слабых сторон ребенка, его интересов и мотивации
3. Системность воздействия - одновременная работа с когнитивной, эмоциональной, поведенческой и социальной сферами
4. Вовлечение семьи - обучение родителей эффективным стратегиям, коррекция детско-родительских отношений
5. Координация со школой - адаптация образовательной среды, работа с учителями
6. Длительность и непрерывность - коррекция синдрома дефицита внимания и гиперактивности требует систематической работы в течение нескольких лет

7. Мониторинг эффективности - регулярная оценка динамики, гибкая коррекция программы

#### Перспективы развития

1. Раннее вмешательство - разработка программ для детей дошкольного возраста

2. Профилактика вторичных нарушений - предотвращение школьной дезадаптации, социальных проблем

3. Подготовка специалистов - междисциплинарные образовательные программы

4. Исследовательская работа - изучение эффективности интегративных методов

5. Социальная интеграция - формирование толерантного отношения в обществе

Современный подход к коррекции синдрома дефицита внимания и гиперактивности должен синтезировать достижения отечественной нейропсихологии с эмпирически валидированными зарубежными методами, создавая индивидуальные траектории развития для каждого ребенка с учетом его уникальных особенностей и социального контекста.

Коморбидность СДВГ и ЗПР. Сочетанное проявление синдрома дефицита внимания и гиперактивности и задержки психического развития диагностируется у 30–50% детей с гиперкинетическими расстройствами, что обуславливает эффект взаимного отягощения дезадаптивных состояний. Выраженный дефицит внимания и импульсивность препятствуют эффективной учебной деятельности, провоцируя вторичную задержку в освоении программного материала. Органическая микросимптоматика выступает в качестве единого патогенетического субстрата, где синдром дефицита внимания и гиперактивности формирует поведенческий радикал, а задержка психического развития — когнитивный дефицит. Подобная клиническая картина требует тщательной дифференциальной диагностики, так как проявления ЗПР (сниженный темп

деятельности, психическая истощаемость) могут маскировать гиперактивность, а симптомы синдрома дефицита внимания и гиперактивности — усугублять интеллектуальную недостаточность. Данные обстоятельства актуализируют правовую защиту интересов ребенка в рамках международного и национального законодательства [2].

Возрастная специфика и динамика развития в младшем школьном возрасте. Период начального обучения (6–10 лет) является критическим этапом кристаллизации симптоматики синдрома дефицита внимания и гиперактивности и задержки психического развития. Смена ведущего вида деятельности с игрового на учебный эксплицирует скрытые дефициты произвольности и самоконтроля. У обучающихся с задержкой психического развития выявляется диссонанс между требованиями образовательной среды и их функциональными возможностями, в частности — преобладание наглядно-образного мышления при необходимости оперирования вербально-логическими категориями. Динамика симптомов характеризуется пиковой выраженностью: на этапе поступления в школу доминирует дезорганизация деятельности, к третьему классу — формирование стойкой академической неуспеваемости и невротических реакций.

Психолого-педагогическая характеристика младшего школьного возраста (6–10 лет)

Младший школьный возраст (6–10 лет) рассматривается в современной психологии и педагогике как критический этап онтогенеза, характеризующийся радикальной сменой социальной ситуации развития и переходом от преимущественно игровой деятельности к систематическому школьному обучению [37]. Данный период детерминирован комплексом психофизиологических трансформаций, созреванием корковых структур головного мозга и высокими требованиями социума к когнитивной и эмоционально-волевой сферам ребенка.

## 1. Психофизиологические детерминанты развития и нейродинамические показатели

В период 6–10 лет происходит интенсивное морфофункциональное созревание центральной нервной системы. Согласно нейропсихологическим концепциям [26], ключевое значение имеет развитие префронтальных отделов лобных долей, ответственных за программирование, регуляцию и контроль сложных форм психической деятельности.

Последовательность созревания корковых структур определяет динамику психических функций: Акцидентальное завершение формирования затылочных (зрительных) и теменных областей обеспечивает адекватную пространственную ориентацию и схему тела [27].

Постепенное включение лобных долей позволяет ребенку переходить к произвольной регуляции поведения. Тем не менее, незрелость гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы в этом возрасте обуславливает высокую эмоциональную лабильность и реактивность на стрессовые факторы образовательной среды.

## 2. Динамика когнитивного развития и смена мыслительных парадигм

Основным вектором когнитивного развития является переход от наглядно-образного к абстрактно-логическому мышлению [37]. Ребенок начинает оперировать арбитражными умственными действиями, позволяющими обобщать способы решения задач. Однако, как отмечается в исследованиях [18], на начальном этапе сохраняется привязанность к конкретному материалу; переход внешнего действия во внутренний план (интериоризация) требует методического сопровождения [19].

В сфере внимания наблюдается рост произвольности, однако средняя продолжительность концентрации на учебной задаче в 6–8 лет ограничена 10–15 минутами [46]. Характеристики внимания в сопоставлении с его типами представлены в таблице 1.

Таблица 1. Динамика показателей внимания в младшем школьном возрасте (сводные данные)

Тип внимания	Характеристик	Объ	Длительн
	а	ем	ость (мин)
		(объекты)	
Непроизвольн ое	Высокая переключаемость	2–3	< 1
Произвольное	Требует волевого усилия	4–5	10–15
Послепроизво льное	Автоматизиров анное	5–7	25–30

### 3. Учебная деятельность как ведущий тип активности

В соответствии с теорией [37], учебная деятельность в этот период становится ведущей и приобретает четкую структуру, включающую мотивационно-потребностный блок, целеполагание, учебные действия и механизмы контроля. Центральными психологическими новообразованиями возраста выступают:

- Рефлексия (способность осознавать основания собственных действий);
- Внутренний план действий (планирование «в уме»);
- Произвольность всех психических процессов.

### 4. Эмоционально-личностная сфера и возрастные кризисы

Младший школьный возраст сопряжен с рядом критических точек. Адаптационный период (6–7 лет) сменяется кризисом самооценки (8 лет), когда происходит дифференциация «Я-идеального» и «Я-реального» под влиянием педагогической оценки [20]. К 9 годам наблюдается пик произвольности, который к 10 годам может сменяться феноменом «школьного выгорания» или учебной усталости.

### 5. Специфика развития детей с СДВГ в условиях начальной школы

Наиболее остро возрастные противоречия проявляются у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ). Недостаточность регуляторных функций лобных долей [32] вступает в конфликт с требованиями ФГОС НОО [3]. Основные трудности включают:

- Когнитивный аспект: дефицит рабочей памяти (удержание лишь 2–3 элементов вместо возрастных  $4 \pm 1$ ) и невозможность длительного удержания внимания [43].
- Поведенческий аспект: импульсивность, приводящая к нарушениям школьной дисциплины и межличностным конфликтам [45].

#### 6. Методологические принципы коррекционно-развивающей работы

Коррекционная деятельность в данном возрасте должна опираться на принцип нейродинамической диагностики и учета биологических ритмов (хронотопа). Рекомендуется использование игровых технологий как переходного мостика (пропорция 25 минут работы к 5 минутам разрядки) и методов сенсомоторной стимуляции [30]. В работе с девиациями поведения эффективными признаются когнитивно-поведенческие подходы и системы токенов (жетонов) для внешнего подкрепления контроля [41].

Полиморфная структура когнитивных, эмоционально-волевых и поведенческих проявлений. Когнитивный профиль при данных нарушениях включает неустойчивость attentionных процессов (дефицит избирательности и распределения внимания), инертность психических процессов и снижение объема оперативной памяти. Эмоционально-волевая сфера характеризуется аффективной лабильностью, низкой фрустрационной толерантностью и трудности инициации волевого усилия. Поведенческий компонент манифестирует в виде моторной расторможенности и неспособности к соблюдению регламентированных правил. При коморбидном течении указанные сферы интегрируются в сложную симптоматику, где эмоциональная нестабильность блокирует процессы компенсации.

Феноменология школьной дезадаптации и вторичных нарушений. Школьная дезадаптация выступает результатом деструктивного взаимодействия первичного дефицита и требований образовательной среды, проявляясь в хронической неуспеваемости и конфликтности. К вторичным нарушениям относятся невротизация (тикозные расстройства, соматизация), антисоциальные тенденции и выраженная демотивация, вплоть до развития школьной фобии. Хронический характер дезадаптации ведет к трансформации Я-концепции, усугубляя эмоциональную дистонию и социальную изоляцию обучающегося. Комплексный характер выявленных нарушений диктует необходимость реализации междисциплинарного подхода к коррекции и сопровождению, опирающегося на нормативно-правовую базу сферы образования [2].

Для углубления представленного анализа необходимо рассмотреть механизмы нейропсихологического дефицита и специфику педагогического взаимодействия, которые определяют динамику состояния обучающегося.

Нейропсихические механизмы и специфика регуляторных функций. В основе дезорганизации деятельности часто лежит функциональная недостаточность префронтальных отделов коры головного мозга, отвечающих за программирование, регуляцию и контроль. Это проявляется в невозможности длительного удержания многокомпонентных инструкций и трудностях переключения с одного алгоритма на другой. Согласно исследованиям, когнитивная инертность в сочетании с дефицитом внимания создает «эффект накопленного пробела», когда фрагментарное усвоение материала к третьему классу перерастает в системную академическую запущенность [8]. Эмоциональная лабильность при этом рассматривается не просто как сопутствующий симптом, а как фактор, истощающий когнитивный ресурс: высокая тревожность сужает объем оперативной памяти, делая процесс обучения чрезмерно энергозатратным.

Динамика формирования личностных деформаций. Вторичные нарушения, возникающие на фоне хронической неуспеваемости, проходят

стадию трансформации от ситуативных реакций к устойчивым характерологическим изменениям. Постоянное переживание неуспеха в социально значимой деятельности (учебе) ведет к формированию компенсаторных механизмов деструктивного типа. В одних случаях это проявляется через выраженную внешнеобвинительную позицию и агрессивное поведение, в других — через уход в болезнь (соматизацию) или полную апатию. Подчеркивается, что отсутствие своевременной психолого-педагогической коррекции способствует закреплению «выученной беспомощности», которая становится барьером для любой дальнейшей реабилитации [5].

Прогностические аспекты и стратегии междисциплинарного сопровождения. Преодоление полиморфной симптоматики требует интеграции клинического, психологического и педагогического векторов воздействия. Ключевым элементом выступает адаптация образовательной нагрузки и индивидуализация оценочных критериев, что позволяет снизить уровень фрустрации и профилактировать развитие школьной фобии. Междисциплинарный подход предполагает не только работу с дефицитарными функциями ребенка, но и коррекцию родительских установок, которые часто выступают катализатором невротизации обучающегося. Системный мониторинг состояния в рамках деятельности ПМПК (психолого-медико-педагогических комиссий) позволяет оперативно корректировать индивидуальный образовательный маршрут в соответствии с актуальными возможностями ребенка [7].

1.2. Нейропсихологические механизмы нарушений при синдроме дефицита внимания и гиперактивности у детей младшего школьного возраста с задержкой психического развития

Концепция функциональных блоков мозга, разработанная А.Р. Лурия, представляет собой системный подход к пониманию организации высших психических функций. Согласно этой концепции, мозг функционирует как

сложная иерархическая система, состоящая из трех взаимосвязанных блоков, каждый из которых выполняет специфическую роль в обеспечении психической деятельности [25].

В глубинах мозга, в структурах, таких как ретикулярная формация, неспецифические ядра таламуса, лимбическая система и медиобазальные области лобных долей, располагается первый блок, отвечающий за энергетический баланс и уровень бодрствования. Его главная задача — поддерживать оптимальный уровень возбуждения коры головного мозга, что является необходимым условием для выполнения сознательных действий. Этот блок отвечает за общий тонус нервной системы, контролирует циклы сна и бодрствования, а также формирует эмоционально-мотивационный аспект поведения. Сбои в его функционировании ведут к повышенной утомляемости, рассеянности внимания, нестабильности работоспособности и эмоциональным всплескам. [25].

В задней части больших полушарий, охватывая затылочные, теменные и височные доли, размещается второй блок, отвечающий за прием, обработку и хранение информации. Его задача - анализировать и синтезировать данные, поступающие из окружающей среды. Блок состоит из трех уровней: первичных (проекционных), вторичных (гностических) и третичных (ассоциативных) зон. Первичные зоны отвечают за обработку простейших свойств стимулов: цвета, формы, звука. Вторичные зоны синтезируют эти свойства, создавая целостные образы. Третичные зоны же интегрируют информацию из разных модальностей и формируют сложные символические представления. Сбои в работе этого блока могут вызвать нарушения восприятия, пространственной ориентации, памяти и речи. [25].

Третий блок (блок программирования, регуляции и контроля деятельности) локализуется в префронтальных отделах лобных долей. Этот блок отвечает за формирование намерений, программирование действий, контроль за их выполнением и коррекцию ошибок. Он обеспечивает

произвольную регуляцию поведения, целеполагание, последовательность операций и оценку результатов. Третий блок тесно связан с первым блоком, получая от него энергетическую поддержку, и со вторым блоком, используя переработанную информацию для построения программ. Нарушения в этом блоке проявляются в виде импульсивности, трудностей планирования, снижения контроля и нарушения произвольной регуляции поведения [25].

Важнейшим принципом концепции Лурия является системная динамическая локализация высших психических функций. Каждая психическая функция обеспечивается совместной работой всех трех блоков, причем разные блоки вносят различный вклад в реализацию функции. Например, письмо требует энергетической поддержки (первый блок), зрительно-пространственного анализа (второй блок) и программирования двигательного акта (третий блок) [25].

Концепция функциональных блоков мозга А.Р. Лурия легла в основу современной нейропсихологической диагностики и коррекции, позволяя выявлять не только локализацию поражения, но и характер системных нарушений психических функций [25].

Нейродинамические особенности проявляются в неустойчивости функционального состояния мозга: сниженной скорости переработки информации, повышенной утомляемости и лабильности процессов возбуждения и торможения [27]. Исследования показывают дефицит энергетического обеспечения корковых структур, особенно в лобных и фронтальных областях, ответственных за внимание и самоконтроль [4].

После интенсивных эмоциональных переживаний (как положительных, так и отрицательных) у ребёнка наблюдается кратковременная мобилизация, за которой нередко следует выраженное истощение [16]. Это отражает недостаточную устойчивость механизмов активации и переключения функциональных состояний.

Отмечается дефицит произвольной саморегуляции: ребёнок испытывает затруднения в самостоятельном поддержании оптимального

уровня бодрствования и работоспособности, вследствие чего возрастает зависимость от внешней организации деятельности (структурирование задания взрослым, дополнительная стимуляция, опосредование контроля) [2].

Физиологические корреляты описываемых нарушений могут включать электроэнцефалографические признаки функциональной незрелости регуляторных систем: относительное преобладание тета- и альфа-активности, снижение представленности бета-диапазона, что интерпретируют как маркеры недостаточной сформированности корково-подкорковых взаимодействий и регуляции активации [17]. Со стороны вегетативной нервной системы нередко фиксируются признаки повышенной лабильности (в частности, тахикардия, гипергидроз ладоней в ситуации нагрузки), что может указывать на напряжение симпато-адреналовых механизмов [20]. Поведенчески это может сопровождаться моторной расторможенностью и стереотипизированными микродвижениями, которые рассматриваются как способ поддержания уровня активации при сниженной устойчивости внимания [6].

При сочетании синдрома дефицита внимания с гиперактивностью и задержки психического развития нейродинамические нарушения, как правило, приобретают более выраженный характер и сопрягаются с замедлением темпа психической деятельности, недостаточной сформированностью произвольного внимания и ограниченностью когнитивных ресурсов [7]. В ряде случаев гиперактивное поведение может выполнять компенсаторную функцию, направленную на поддержание оптимального тонуса и предупреждение снижения уровня бодрствования [20]. При отсутствии целенаправленного коррекционно-развивающего сопровождения повышается риск школьной дезадаптации, проявляющейся снижением учебной продуктивности и ростом поведенческих трудностей [8].

Иллюстративно, в учебной ситуации (например, на уроке математики) ребёнок младшего школьного возраста с сочетанием синдрома дефицита внимания и гиперактивности и задержкой психического развития может демонстрировать адекватное выполнение нескольких первых заданий, после чего наблюдаются снижение устойчивости внимания, переход к побочным действиям (рисование на полях, отвлечение на взаимодействие со сверстниками) и последующее ухудшение работоспособности вплоть до отказа от выполнения заданий, иногда сопровождаемое соматическими жалобами (например, головная боль)[14].

С учётом указанных особенностей целесообразно применение принципов индивидуализации образовательной нагрузки: дробление деятельности на короткие временные отрезки, введение регулярных двигательных пауз, использование внешних средств организации и контроля, а также сенсомоторной поддержки (в том числе тактильной стимуляции) как компонента стабилизации функционального состояния и поддержания работоспособности [2].

Дефицит программирования, регуляции и контроля, локализуемый во втором функциональном блоке по Лурия, выражается в трудностях формирования двигательных и речевых программ, импульсивности и неспособности к последовательному выполнению заданий [15]. Дети с синдромом дефицита внимания и задержкой психического развития демонстрируют ослабление контроля над произвольным вниманием, что подтверждается снижением показателей на пробах Бендера и корректурной пробы [22].

Межполушарное взаимодействие нарушено из-за дисбаланса в работе мозолистого тела и ассоциативных зон, приводя к асимметрии перцептивных и моторных функций [28]. Это проявляется в трудностях динамической организации движений и пространственного анализа.

Межполушарное взаимодействие при сочетании синдрома дефицита внимания и гиперактивности и задержки психического развития у детей

младшего школьного возраста характеризуется выраженной спецификой, обусловленной как дефицитностью регуляторных структур, так и органической основой нарушения темпа психического развития.

В нейропсихологическом аспекте данная проблема рассматривается через призму несформированности комиссуральных систем мозга, в первую очередь — мозолистого тела, которое обеспечивает функциональную интеграцию правого и левого полушарий [60]. У детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности и ЗПР процессы передачи информации между полушариями замедлены, что препятствует оперативной обработке когнитивных данных и координации психических процессов [59].

Основные особенности межполушарного взаимодействия в этой группе детей включают следующие аспекты:

1. Функциональная диссоциация и дефицит интеграции. Из-за недостаточности межполушарных связей наблюдается трудность в синтезе информации, поступающей от разных сенсорных систем. Это проявляется в невозможности одновременно удерживать алгоритм действия (левополушарная функция) и контролировать его пространственное воплощение (правополушарная функция) [61].

2. Нарушение реципрокной координации. При выполнении двигательных тестов у детей выявляются синкинезии (дружественные движения) и трудности в переключении с одного типа движения на другой. Это свидетельствует о незрелости связей, координирующих работу моторных зон обоих полушарий [29].

3. Энергетическое истощение (дефицит I блока мозга). Недостаточность нейродинамики, характерная для ЗПР, усугубляет проблемы взаимодействия: при утомлении «связь» между полушариями становится ещё более хрупкой, что ведет к росту гиперактивности как компенсаторной реакции организма, пытающегося через движение активировать ствол мозга [29].

4. Несформированность латерализации. У младших школьников с синдромом дефицита внимания и гиперактивности и ЗПР часто наблюдается отсутствие выраженного доминирования одного из полушарий (амбидекстрия или перекрестная латеральность), что создает дополнительные препятствия при освоении навыков письма и чтения, требующих четкой иерархии в работе мозговых центров [63].

5. Когнитивные искажения. Правое полушарие, ответственное за целостный образ, при дефицитности связей не получает корректирующих сигналов от левого полушария (отвечающего за анализ и детали). В результате ребенок воспринимает информацию фрагментарно, что типично для структуры дефекта при ЗПР [31].

Согласно концепции А. В. Семенович, у таких детей часто выявляется «функциональная расщепленность» мозга, когда полушария работают автономно, а не в синергии [29]. Это выражается в эмоциональной нестабильности и резких перепадах продуктивности. При этом гиперактивность может выступать в роли патологического механизма поддержания бодрствования в условиях дефицитного взаимодействия корковых и подкорковых структур [59].

Для коррекции данных состояний в младшем школьном возрасте рекомендуется использование специализированных упражнений, направленных на синхронизацию работы полушарий, развитие конвергенции глаз и реципрокных движений конечностей [63]. Формирование прочных межполушарных связей является необходимым условием для преодоления задержки в развитии регуляторных функций и стабилизации внимания у данной категории детей [60].

Нейропсихологический анализ учебных трудностей у детей с сочетанием синдрома дефицита внимания и гиперактивности и ЗПР базируется на концепции трех функциональных блоков мозга (по А. Р. Лурия), где патологические изменения затрагивают каждую из структур, создавая специфический профиль дефицитности.

Основная причина учебной неуспешности кроется в стойкой гипофункции первого (энергетического) блока мозга. У детей данной категории ствол и подкорковые структуры не обеспечивают кору необходимым тонусом. Это приводит к быстрой истощаемости: ребенок может продуктивно работать лишь первые 7–10 минут урока, после чего наступает состояние охранительного торможения [29]. В этот момент активируется гиперактивность как механизм самостимуляции — через избыточные движения ребенок пытается «взбодрить» систему ретикулярной формации, чтобы удержать бодрствование. Из-за этого страдает усидчивость и способность доводить до конца начатые задания [31, 60].

Дефицитарность третьего блока (программирования, регуляции и контроля) проявляется в невозможности следовать многоступенчатым инструкциям педагога. При ЗПР этот блок развивается с задержкой, а синдром дефицита внимания и гиперактивности усиливает его слабость, вызывая импульсивность реакций. Ребенок начинает выполнять учебную задачу, не дослушав условия, или пропускает целые этапы алгоритма. Отсутствие функции внутреннего контроля не позволяет ему увидеть собственные ошибки даже при проверке работы, что нейропсихологи трактуют как несформированность функций префронтальной коры [63].

Трудности второго блока (приема, переработки и хранения информации) при задержке психического развития часто связаны с нарушением межполушарного переноса. Из-за функциональной слабости мозолистого тела автоматизация навыков письма и чтения происходит крайне медленно [59]. Информация, обрабатываемая правым полушарием (образ), не соотносится должным образом со знаковыми системами левого полушария. Это порождает специфические ошибки: «зеркальное» письмо, замену букв, схожих по начертанию, и трудности в понимании логико-грамматических конструкций в текстах [31].

Сочетание синдрома дефицита внимания и гиперактивности и ЗПР создает ситуацию, при которой эмоциональный мозг (лимбическая система) доминирует над рациональным. Любая когнитивная нагрузка воспринимается организмом как стрессогенная, что блокирует доступ к имеющимся знаниям и навыкам. Учебные трудности при этом носят системный характер, затрагивая как когнитивную сферу, так и психомоторную координацию, необходимую для письма и пространственного ориентирования на листе бумаги [29].

1.3. Произвольная регуляция поведения, учебная деятельность и коррекционный потенциал при синдроме дефицита внимания и гиперактивности и задержке психического развития у детей младшего школьного возраста

Развитие произвольности в онтогенезе.

Произвольная регуляция поведения представляет собой высшую психическую функцию, обеспечивающую сознательное управление своими действиями в соответствии с задачами, нормами и целями. Ее развитие в онтогенезе проходит несколько ключевых стадий, описанных в работах отечественных психологов Л.С. Выготского, А.Н. Леонтьева и А.Р. Лурии, которые подчеркивают переход от непроизвольных (инстинктивных) реакций к произвольному самоконтролю [1].

Дошкольный период (3–6 лет): На этой стадии доминирует немотивационная произвольность, или саморегуляция через внешние стимулы. Ребенок учится подчинять свои импульсы требованиям взрослых с помощью наглядных средств — жестов, игрушек, словесных команд. Формируются предпосылки произвольности: развитие речи как внутренней программы поведения и мотивационно-ориентационная основа (интерес к социальным нормам). К 5–6 годам ребенок способен выполнять простые инструкции в игре (например, «сиди тихо 5 минут»), но только при высокой

мотивации и внешнем контроле. Неврологически это связано с созреванием лобной коры, стриатума и связей между ними [24].

Начало школьного возраста (6–8 лет): В младшем школьном периоде происходит качественный скачок — переход к истинной произвольности как внутренней саморегуляции. Учебная деятельность становится ведущей, требуя формирования функциональных блоков по А.Р. Лурии: 1) прием и анализ информации; 2) программирование действий; 3) контроль и коррекция результатов. Ребенок должен самостоятельно ставить цели (завершить задание), планировать последовательность операций (прочитать условие → решить → проверить) и оценивать качество выполнения. Мотивация перестраивается: от внешней (оценка, похвала) к внутренней (интерес к результату). Нормативно ребенок 1–2 классов удерживает внимание на задаче 15–20 минут, следует многоступенчатым инструкциям и сопротивляется отвлекающим стимулам [31].

Физиологическая основа — миелинизация ассоциативных волокон коры больших полушарий и созревание дофаминергической системы. Нарушение этого процесса приводит к патологиям произвольности, таким как синдром дефицита внимания и гиперактивности и ЗПР.

Типология нарушений произвольности при синдроме дефицита внимания и гиперактивности и ЗПР: По данным нейропсихологии, при синдроме дефицита внимания и гиперактивности преобладают дефициты второго и третьего блоков Лурии — слабость программирования и контроля, обусловленные дофаминовым дисбалансом в стриатуме и префронтальной коре. Ребенок импульсивен, не может отложить немедленное удовлетворение ради долгосрочной цели [60]. ЗПР добавляет дефицит первого блока — сниженную емкость рабочей памяти и фонематический слух, из-за чего информация не удерживается для планирования. Сочетание этих состояний создает «порочный круг»: импульсивность мешает обучению навыкам самоконтроля, а ЗПР замедляет компенсацию [59].

В младшем школьном возрасте (6–9 лет) это проявляется в академических неудачах: неорганизованность тетрадей, пропуск этапов заданий, частые смены вида деятельности (бросает письмо на 2-й строчке). Эмоционально — фрустрация, отказ от учебы, конфликтное поведение. Статистически 70–80% детей с коморбидной СДВГ+ЗПР отстают на 1–2 года в чтении и счете [29].

Коррекционный потенциал: Онтогенетическая пластичность младшего школьного возраста высока благодаря продолжающемуся созреванию мозга (до 12 лет). Коррекция строится по принципу опережающего развития: от внешней регуляции к внутренней. Методы:

- Нейропсихологическая коррекция (по А.В. Семенович): Упражнения на развитие каждого блока Лурии — сенсомоторные игры для внимания, алгоритмизация действий (карточки «шаг 1–2–3»), контроль через самооценку [63].
- Методика микропауза В. Дойча: Разбиение задач на 45-секундные циклы «работа–утомление–активный отдых», что снижает гиперактивность на 40–60% [31].
- Поведенческая терапия: Система токенов (звездочки за выполнение), постепенно заменяемая внутренней мотивацией.
- Телесно-ориентированные практики: Йога, дыхательные упражнения для активации парасимпатической системы.

Эффективность комплексной коррекции достигает 65–75% успеха в нормализации произвольности за 6–9 месяцев, особенно при раннем выявлении (1 класс). Прогноз благоприятен, если коррекция сочетается с медикаментозной поддержкой (препараты метилфенидата при синдроме дефицита внимания и гиперактивности) и работой с семьей [60].

Таким образом, развитие произвольности в онтогенезе — нелинейный процесс, зависящий от вовремя сформированных нейронных сетей. При синдроме дефицита внимания и гиперактивности и задержке психического

развития коррекция использует «окно пластичности» младшего школьного возраста для восстановления учебной деятельности [31].

Роль речи в саморегуляции при синдроме дефицита внимания и гиперактивности и задержке психического развития у детей младшего школьного возраста

У детей с ЗПР часто наблюдается бедность словаря, нарушение грамматического строя и трудности в понимании сложных логико-грамматических конструкций [15]. Это приводит к тому, что внешняя инструкция педагога не до конца декодируется ребенком, превращаясь в неясный шум или фрагментные образы [9]. Регуляторная функция речи при ЗПР страдает из-за того, что ребенку сложно удерживать в памяти многоступенчатый вербальный план [3]. Самостоятельное оречевление своих действий (проговаривание этапов решения задачи) дается им с трудом, так как речевое мышление остается на более раннем, наглядно-образном этапе развития [6].

Коррекционный потенциал в данном контексте реализуется через методику «вербального самоинструктажа» или внешнего опосредования [3]. Поскольку внутренняя речь у таких детей не справляется с функцией контроля, ее необходимо временно вновь «вынести вовне» [1]. Педагоги и психологи используют метод Д. Мейхенбаума, где ребенок сначала наблюдает за тем, как взрослый вслух планирует свои действия, затем сам выполняет задание, громко проговаривая каждый шаг, и лишь на поздних этапах переходит к шепотной речи и внутреннему контролю [27]. Это позволяет искусственно создать связь между речевой программой и моторным актом [14]. При синдроме дефицита внимания и гиперактивности это помогает замедлить темп деятельности, а при задержке психического развития — структурировать хаотичный процесс мышления, превращая слово в опору для памяти и внимания [22]. Таким образом, развитие речи как инструмента саморегуляции является ключевым звеном в компенсации дефицитарности произвольного внимания у младших школьников [26].

Речь выполняет ключевую функцию в формировании произвольности через внутреннюю речь (по Л.С. Выготскому), которая опосредует самоконтроль: от эгоцентрической (вслух) к внутренней. В норме к 6–8 годам она автоматизирует регуляцию поведения, внимания и учебных действий. При синдроме дефицита внимания и гиперактивности и задержке психического развития этот переход нарушен из-за дефицита вербальной саморегуляции, усугубляемого гиперактивностью и замедленным психическим развитием.

Механизмы нарушения:

- синдроме дефицита внимания и гиперактивности: Недостаток дофаминергической активации префронтальной коры тормозит вербализацию («я должен сесть прямо»), приводя к импульсивности. Ребенок не «говорит про себя» инструкцию (55–70% случаев имеют речевые дефициты произношения и темпа речи).
- задержка психического развития: Задержка речевого онтогенеза (слабая фонематическая слышимость, бедный словарь 2,5–3 тыс. слов вместо нормы 4–5 тыс.) снижает роль речи как планировщика. Учебная деятельность страдает от отсутствия вербального контроля (например, «считаю в уме» не работает).
- Коморбидность: 80–90% таких детей имеют смешанный дефицит — импульсивность + речевые ошибки, что усиливает ошибки в действиях (пропуски букв, несоблюдение алгоритмов).

Наблюдения: ребенок с СДВГ+ЗПР начинает задачу («пишу букву А»), но без речевого повторения сбивается; симуляция внутренней речи (вслух) повышает точность на 50%.

Коррекционный потенциал с акцентом на речь

Онтогенетическая пластичность позволяет развивать речь как инструмент саморегуляции за счет тренировки сенсорно-речевых связей.

Принципы (по А.Р. Лурии и Е.О. Смульсон):

Речь → автоматизм [18].

- 1 этап (внешняя опора): Ребенок проговаривает инструкцию вслух под контролем логопеда («Сначала черта слева, потом справа»).
- 2 этап (шепот): «Про себя вполголоса».
- 3 этап: Внутренняя речь с самоконтролем («Проверяю строчку») [32].

Методы интенсификации:

Первый метод — артикуляционная гимнастика и инструкции. Он включает упражнения на дыхание и произношение с вербализацией задач. Это способствует улучшению внимания на 40% и снижению гиперактивности.

Второй метод — игровая вербализация. Она реализуется через ролевые игры, например «Робот выполняет команды», с обязательным речевым дублированием. Такой подход формирует навыки планирования действий, повышая их точность на 60%.

Третий метод — алгоритмизация речи. Здесь используются карточки с последовательными цепочками действий: «Слушаю — Повторяю — Делаю». Данная методика развивает рабочую память и помогает снизить количество ошибок в учете.

Четвертый метод — нейрокомпьютерные программы. Они основаны на технологии Biofeedback с использованием вербальных подсказок во время игры. Применение этих программ активизирует фронтальные зоны мозга, обеспечивая эффект в 70% за три месяца.

Коррекция эффективна в формате 20–25 мин/занятие, 3–4 раза/неделю [14]. Результаты: через 4–6 месяцев доля вербально регулируемых действий растет с 20–30% до 70–80%, улучшается учебная успеваемость, снижается импульсивность [24]. Прогноз благоприятен при раннем старте (6–8 лет), используя пластичность речевых центров [25].

Трудности освоения базовых школьных навыков (чтения, письма и счета) у младших школьников с синдромом дефицита внимания и гиперактивности и задержке психического развития обусловлены дефицитностью когнитивных функций, в первую очередь —

произвольного внимания, памяти и зрительно-пространственного восприятия. Несмотря на схожесть внешних проявлений, механизмы возникновения этих трудностей имеют свою специфику для каждой группы.

#### Трудности письма.

Процесс письма требует высокого уровня самоконтроля и координации, что становится основным барьером для детей с синдромом дефицита внимания и задержкой психического развития [25].

При синдроме дефицита внимания и гиперактивности: Трудности письма (дисграфия) связаны с импульсивностью и невозможностью концентрации на графических нормах. Ученики допускают большое количество ошибок «на невнимательность»: пропуски букв и слогов, недописывание слов, игнорирование знаков препинания и заглавных букв [34]. Характерен крайне небрежный почерк, микро- или макрография, несоблюдение границ полей и строк из-за трудностей регуляции моторного акта [29].

При ЗПП: Письмо страдает из-за недоразвития фонематического слуха и зрительного анализа. Дети с трудом запоминают графический облик букв (оптическая дисграфия), путают визуально похожие элементы (например, «п» и «т», «б» и «д») [21]. Процесс письма замедлен, отмечается быстрая истощаемость, ведущая к нарастанию количества ошибок к концу работы [23].

#### Трудности чтения.

Успешное чтение предполагает синтез зрительной информации и звукового анализа, что затруднено при нейропсихологической незрелости [60].

При синдроме дефицита внимания: Для таких детей характерно «угадывающее» чтение. Из-за импульсивности ребенок не дочитывает слово до конца, подставляя окончание по смыслу, что приводит к искажению содержания текста [34]. Трудности распределения внимания

мешают удерживать строку, поэтому ученики часто перескакивают через предложения или читают одну и ту же строчку дважды [42].

При ЗПР: Основная проблема заключается в медленном темпе формирования навыка синтеза букв в слоги и слова. Чтение остается механическим: ребенок может технически правильно прочитать текст, но не в состоянии осознать и пересказать его смысл из-за фрагментарности восприятия и слабости семантических связей [28]. Часто наблюдаются перестановки звуков и упрощение слоговых структур [48].

Трудности счета (дискалькулия).

Математические операции требуют удержания в памяти многоэтапных алгоритмов, что является наиболее уязвимым звеном у обеих категорий детей [24].

При синдроме дефицита внимания: Ошибки в счете чаще связаны с дефицитом внимания к деталям. Ребенок может правильно определить алгоритм решения задачи, но ошибиться в элементарном вычислении или перепутать математический знак (плюс на минус) [34]. Трудности вызывает также планирование многошаговых задач: ученик бросает решение на середине, отвлекаясь на посторонние стимулы [42].

При ЗПР: Наблюдаются более глубокие нарушения понимания состава числа и структуры разрядных единиц. Детям сложно перейти от конкретного счета (на пальцах, предметах) к абстрактно-логическим операциям [21]. Недостаточность зрительно-пространственного ориентирования приводит к зеркальному написанию цифр и трудностям в оформлении примеров «в столбик», где требуется строгое соблюдение графической позиции [62].

Таким образом, если при синдроме дефицита внимания на первый план выходят нарушения регуляции и контроля за деятельностью [34], то при ЗПР ведущими являются трудности обработки информации и формирования базовых когнитивных эталонов [24]. Общим решением для

преодоления этих дефицитов выступает нейропсихологическая коррекция, направленная на развитие функций программирования и контроля [63].

Школьная неуспешность как системный феномен синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей младшего школьного возраста с задержкой психического развития.

Школьная неуспешность у младших школьников с сочетанием синдрома дефицита внимания и задержки психического развития имеет системный характер: это не сумма отдельных «плохих» навыков (чтение, письмо, счет), а устойчивый комплекс взаимосвязанных трудностей, который затрагивает учебную деятельность целиком — от включения в задание до контроля результата [15]. В такой группе детей «первичный» дефицит регуляции накладывается на ограниченность темпа и ресурсов познавательной переработки (ЗПР), поэтому риски хронической неуспешности выше, а проявления — шире [10].

Школьная неуспешность здесь формируется как феномен, включающий когнитивный, регуляторно-поведенческий, эмоционально-мотивационный и социально-коммуникативный контуры, которые усиливают друг друга [23]. Ребенок может знать правило, но не применить его в нужный момент; может начать правильно, но «распасться» на середине; может выполнить, но не проверить; может избегать заданий из-за накопленного опыта неудач [16]. В результате страдает не только академический результат, но и учебная самостоятельность, отношение к школе и качество взаимодействия с учителем и одноклассниками [19].

Ключевым системообразующим механизмом выступает дефицит исполнительных функций (программирование, удержание цели, рабочая память, торможение импульсивных ответов, переключение и мониторинг ошибок) [20]. При СДВГ нарушается регуляция деятельности: сложно удерживать инструкцию, распределять внимание, планировать шаги, выдерживать темп и завершать работу [41]. При ЗПР снижены темп переработки, объем оперативного удержания, устойчивость произвольного

внимания, уровень обобщения и перенос способов действия [12]. Вместе это приводит к тому, что учебная задача «не удерживается» как целое: отдельные элементы (условие, правило, критерий проверки) распадаются, и ребенок действует ситуативно [21].

В учебных навыках это проявляется типично. В чтении часто наблюдается колебание техники: ребенок может читать относительно правильно в спокойной ситуации, но при усталости, отвлечениях и повышенной ответственности резко растет число пропусков, замен, повторов, теряется строка [43]. Страдает понимание: не потому, что «не умеет думать», а потому что смысл не удерживается в рабочей памяти, внимание перескакивает, а у детей с ЗПР дополнительно ограничен словарь и недостаточно сформированы операции обобщения [25]. В письме системность проявляется сочетанием моторно-графических трудностей, нестабильности орфографических навыков и слабого самоконтроля: правила могут быть знакомы, но ошибки возникают из-за импульсивности, пропусков, невнимания к окончанию, несоблюдения границ слова, трудностей переключения между «слушаю — думаю — пишу — проверяю» [43]. В математике при синдроме дефицита внимания часто сохраняется понимание способа решения при «срывах» на уровне вычислений и знаков, а при ЗПР чаще страдает формирование числовых представлений и перенос алгоритма; в совокупности это дает высокую вариативность результата и быстрое истощение на многошаговых заданиях [23].

Системный характер неуспешности поддерживается особенностями работоспособности. У таких детей нередко снижена устойчивость к монотонной нагрузке, быстро нарастает утомление, из-за чего резко падает качество выполнения даже знакомых действий [12]. Возникают «качели» успеваемости: сегодня получилось, завтра — нет, и это мешает формированию уверенности и стабильных учебных привычек [41]. Сюда же относится повышенная чувствительность к отвлекающим стимулам и внешним условиям (шум, темп класса, плотность инструкции), из-за чего

один и тот же ребенок может показывать разные результаты у разных учителей [44].

Отдельный пласт — эмоционально-мотивационный. Частые замечания, сравнение со сверстниками и повторяющиеся неудачи приводят к снижению учебной мотивации, избеганию сложных заданий, протестному поведению или «выученной беспомощности» [14]. Для детей с синдромом дефицита внимания типична импульсивная реакция на фрустрацию, а при ЗПР — более выраженная зависимость от поддержки взрослого; вместе это может давать либо поведенческие «вспышки», либо пассивность и отказ от самостоятельных попыток [45]. Эмоциональные реакции, в свою очередь, ухудшают внимание и контроль, замыкая круг неуспешности [23].

Социально-педагогический контур тоже системно значим. Трудности саморегуляции приводят к конфликтам, клеймению как «ленивого» или «невоспитанного», проблемам с соблюдением правил класса [44]. Это снижает качество обратной связи: ребенок чаще получает оценку поведения, чем оценку усилия и стратегии [19]. В результате он хуже усваивает способы учебной деятельности, а не только конкретный материал [23].

Если описывать школьную неуспешность как систему, важно подчеркнуть: первичными являются не столько «пробелы в знаниях», сколько несформированность компонентов учебной деятельности — целеполагания, принятия инструкции, планирования, поэтапного выполнения, контроля и оценки результата [3]. Академические дефициты вторичны и прогрессируют, потому что ребенок не может полноценно использовать обучение как процедуру накопления и закрепления знаний: он часто «не доделывает», «не проверяет», «не переносит» и «не удерживает» способ действия [15].

Практический вывод из такого понимания — коррекция и сопровождение должны быть комплексными и адресовать систему, а не только отдельный предмет [13]. Наиболее эффективны: структурирование

среды (четкие правила, визуальные опоры, уменьшение отвлекающих факторов), дробление инструкций и заданий, обучение стратегиям самоконтроля (чек-листы, контрольные вопросы), дозирование нагрузки и планирование пауз, опора на поэтапное формирование действий и регулярная позитивная обратная связь за усилие и правильную стратегию [22]. При сочетании синдрома дефицита внимания и ЗПР особенно важна совместная работа педагога, психолога/нейропсихолога, логопеда и семьи, чтобы требования школы соответствовали реальным регуляторным и когнитивным возможностям ребенка и при этом постепенно развивали их [47].

Эмоционально-волевая сфера детей младшего школьного возраста при сочетании синдрома дефицита внимания и гиперактивности с задержкой психического развития характеризуется выраженной незрелостью и специфическими нарушениями регуляции [15]. Одной из ключевых особенностей является крайняя эмоциональная лабильность, проявляющаяся в резких и непредсказуемых сменах настроения, когда незначительный стимул вызывает бурную реакцию [26]. Дети часто демонстрируют аффективные вспышки, плаксивость или чрезмерное возбуждение, которые им трудно контролировать самостоятельно [16]. Из-за задержки психического развития эмоциональные реакции часто носят инфантильный характер: интересы ребенка остаются на уровне игровой деятельности, а школьные обязанности не воспринимаются как лично значимые [17].

Волевая регуляция при данном сочетании нарушений оказывается крайне слабой [27]. Ребенку трудно удерживать цель деятельности, если она требует длительного умственного напряжения или не приносит немедленного удовольствия [23]. Импульсивность, характерная для гиперактивности, заставляет его действовать по первому побуждению, не дослушав инструкцию и не оценив последствия своих поступков [64]. Сочетание когнитивного дефицита при задержке развития и нарушений

внимания приводит к тому, что ребенок быстро утомляется, после чего механизмы самоконтроля практически полностью отключаются [28]. Это проявляется в двигательной расторможенности, хаотичности действий или, напротив, в полном отказе от выполнения задания при столкновении с малейшей трудностью [29]. Низкая толерантность к фрустрации делает процесс обучения крайне болезненным для самооценки, так как любая неудача воспринимается как катастрофа или вызывает реакцию протеста [33].

Социальное взаимодействие таких детей также обременено комплексом проблем, вытекающих из их психофизиологических особенностей [57]. В отношениях со сверстниками часто наблюдается конфликтность, вызванная неспособностью соблюдать правила игры или очередность действий [60]. Из-за импульсивности ребенок может произвольно задевать других, перебивать или навязывать свои желания, что приводит к отвержению со стороны коллектива [62]. При задержке психического развития ребенку бывает сложно правильно интерпретировать социальные сигналы, мимику и интонации окружающих, что ведет к неадекватным реакциям на шутки или замечания [65]. Нередко такие дети выбирают для общения ребят младше себя, так как в такой среде им легче реализовать свои игровые потребности, и они чувствуют себя более успешными [67].

Взаимоотношения со взрослыми, в частности с учителями, часто строятся по типу зависимости или, наоборот, выраженного негативизма [68]. Ребенок постоянно нуждается во внешнем стимуле и поддержке, так как его внутренняя мотивация развита слабо [69]. В то же время частые замечания со стороны педагогов и академическая неуспешность формируют защитные реакции [70]. Ребенок может использовать демонстративное поведение, «шутовство» или агрессию, чтобы привлечь внимание или скрыть свою некомпетентность в учебных вопросах [71]. Недостаток социальной интуиции и трудности прогнозирования результатов своего

поведения делают процесс интеграции в школьную среду длительным и требующим постоянного посредничества со стороны взрослых, которые должны помогать ребенку выстраивать конструктивные связи с окружающими и развивать навыки саморегуляции [72].

Теоретическое обоснование комплексной коррекционной помощи детям младшего школьного возраста с сочетанием синдрома дефицита внимания и ЗПР базируется на принципах нейропсихологии, возрастной психологии и коррекционной педагогики [26]. Взаимоналожение этих нарушений создает специфическую клиническую картину, требующую одновременного воздействия на когнитивную, эмоциональную и моторную сферы.

Нейропсихологический аспект и концепция трех блоков мозга Согласно теории А.Р. Лурии, при синдроме дефицита внимания и ЗПР наблюдается дефицитарность различных функциональных блоков мозга [25]. Недостаточность первого блока (энергетического) проявляется в быстрой истощаемости когнитивных процессов и колебаниях работоспособности. Дефицит третьего блока (программирования и контроля) обуславливает низкую саморегуляцию и трудности в следовании инструкциям. Комплексная помощь направлена на активацию подкорковых структур через двигательную коррекцию и формирование произвольного контроля через когнитивные упражнения [31].

Концепция «зоны ближайшего развития»

В основе педагогического воздействия лежит учение Л.С. Выготского о зоне ближайшего развития [17]. Поскольку при ЗПР наблюдается отставание в формировании высших психических функций [28], а синдром дефицита внимания препятствует их реализации в учебной деятельности, взрослый выступает в роли «организующего звена». Постепенно внешние средства контроля, предоставляемые педагогом, интериоризируются, становясь внутренними механизмами саморегуляции ребенка.

Принцип системности и единства диагностики и коррекции. Эффективность помощи обоснована необходимостью системного подхода, включающего медицинское, психологическое и педагогическое сопровождение [12]. Медикаментозная поддержка (при необходимости) стабилизирует биологическую базу — нейрхимические процессы в мозге [9]. Психологическая коррекция работает с эмоциональной нестабильностью и низкой самооценкой, которые часто сопутствуют неудачам в школе. Педагогическое воздействие адаптирует учебную программу в соответствии с требованиями ФГОС ОВЗ, учитывая замедленный темп переработки информации и фрагментарность знаний [4].

Деятельностный подход. У детей данной категории игровая мотивация преобладает над учебной дольше, чем у сверстников в норме [32]. Теоретическое обоснование указывает на необходимость включения элементов игры в коррекционный процесс. Это позволяет поддерживать интерес, снижать уровень тревожности перед сложными задачами и использовать сохраненные стороны психики для компенсации дефицитарных функций [18].

Этиопатогенетическая обусловленность. Учитывая, что в основе обоих нарушений часто лежат органические поражения ЦНС или функциональная незрелость структур головного мозга [47], коррекционная работа должна быть длительной и регулярной. Теоретически обосновано, что пластичность мозга в младшем школьном возрасте позволяет достичь значительной компенсации, если воздействие оказывается комплексно и затрагивает как первичный дефект (нарушение внимания, темпа развития), так и вторичные нарушения [56].

#### Выводы по первой главе

Синдром дефицита внимания и гиперактивности и задержка психического развития в современных научных представлениях рассматриваются как нарушения различной природы, однако при их

сочетании формируется единый по структуре и проявлениям комплекс дефицитов. Синдром дефицита внимания проявляется устойчивым паттерном невнимательности, гиперактивности и импульсивности, приводящим к выраженной дезадаптации в разных социальных ситуациях; ЗПР характеризуется гетерохронным отставанием в развитии познавательных процессов, мотивационно-потребностной сферы и социальной зрелости при органически обусловленной основе и требует специальных образовательных условий.

Анализ отечественных и зарубежных подходов показал методологическую комплементарность научных традиций: зарубежные модели преимущественно акцентируют нейробиологические механизмы, дефицит исполнительных функций и эмпирическую проверку эффективности интервенций, тогда как отечественная школа опирается на культурно-историческую теорию, нейропсихологическую концепцию системной динамической локализации функций и идею развивающего, опосредованного взрослым формирования произвольности. В совокупности это задает необходимость комплексных, междисциплинарных и длительных программ сопровождения.

Коморбидность синдрома дефицита внимания и ЗПР у детей младшего школьного возраста имеет высокий уровень распространенности и сопровождается эффектом взаимного отягощения: поведенческая импульсивность и дефицит внимания препятствуют усвоению учебных действий и закреплению навыков, а сниженный темп психической деятельности и истощаемость ограничивают возможности компенсации. Данное сочетание осложняет дифференциальную диагностику, поскольку отдельные проявления могут маскировать друг друга, что повышает значимость профессиональной диагностики и корректного определения образовательного маршрута.

Младший школьный возраст является критическим периодом манифестации и закрепления трудностей при синдроме дефицита внимания

и ЗПР, так как переход к учебной деятельности предъявляет повышенные требования к программированию, регуляции и контролю поведения. Нормативная возрастная динамика развития произвольности в 6–10 лет при указанной коморбидности нарушается, что приводит к дезорганизации деятельности, нестабильности работоспособности и формированию устойчивых трудностей выполнения школьных требований, особенно при отсутствии своевременной поддержки.

Нейропсихологические механизмы нарушений при сочетании синдрома дефицита внимания и ЗПР системно соотносятся с дефицитарностью функциональных блоков мозга по А. Р. Лурии. Наиболее значимыми выступают нейродинамическая недостаточность (дефицит энергетического обеспечения деятельности), нарушения программирования и контроля, а также трудности межполушарного взаимодействия. Это обуславливает типичный профиль учебных трудностей: быстрое истощение, «провалы» внимания, импульсивные ошибки, слабость внутреннего контроля и нестабильность результата даже при наличии понимания способа действия.

Полиморфная структура нарушений при синдроме дефицита внимания и ЗПР включает когнитивный, эмоционально-волевой и поведенческий компоненты, которые взаимно усиливают друг друга и формируют целостную картину школьной дезадаптации. Эмоциональная лабильность и низкая фрустрационная толерантность снижают доступность когнитивного ресурса, провоцируют отказ от деятельности или протестные реакции, а хронический опыт неуспеха способствует формированию вторичных нарушений (невротизация, демотивация, негативные личностные установки, элементы «выученной беспомощности»).

Школьная неуспешность при данной коморбидности носит системный характер и определяется прежде всего несформированностью компонентов учебной деятельности (принятие инструкции, целеполагание, планирование, поэтапное выполнение, контроль и оценка результата), а не

только «пробелами» в предметных знаниях. В чтении, письме и счете фиксируются типичные ошибки, отражающие регуляторные и перерабатывающие дефициты: фрагментарность удержания задания, ошибки по невнимательности, нарушения темпа и стойкие трудности переноса освоенных способов в новые условия.

Теоретический анализ подтвердил высокий коррекционный потенциал младшего школьного возраста при условии раннего выявления и систематической помощи. Наиболее обоснованной является комплексная модель сопровождения, включающая нейропсихологическую коррекцию, психолого-педагогическую адаптацию образовательной среды, использование внешних средств организации деятельности и развитие речевой саморегуляции (поэтапное формирование самоинструктажа). Сопровождение должно реализовываться во взаимодействии специалистов образовательной организации и семьи, с мониторингом динамики и индивидуализацией нагрузки.

## ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОРРЕКЦИОННО-РАЗВИВАЮЩЕЙ ПРОГРАММЫ ДЛЯ ДЕТЕЙ С СДВГ И ЗПР

### 2.1. Организация исследования и характеристика участников

Исследование проводилось на базе МАОУ «Средняя общеобразовательная школа № 13 имени Д. И. Кашигина» с целью оценки эффективности разработанной коррекционно-развивающей программы для детей младшего школьного возраста с СДВГ и ЗПР.

В исследовании участвовали 12 обучающихся 7–9 лет. Все дети имели официальные заключения психолого-медико-педагогической комиссии, подтверждающие наличие задержки психического развития и симптомов синдрома дефицита внимания с гиперактивностью.

Дети были распределены следующим образом:

- Экспериментальная группа — 6 человек (занимались по программе).
- Контрольная группа — 6 человек.

Работа велась в течение четырёх месяцев и включала три этапа: констатирующий, формирующий, контрольный.

### 2.2. Методики и методы исследования

Для получения объективных данных использовался комплекс диагностических методик, отражённых в таблице 2.1.

Таблица 2.1 – Диагностический инструментарий исследования

Методика	Цель	Оцениваемые параметры	Этапы применения
Шкала СДВГ (DSM-5)	Оценки выраженности симптомов	Невнимательность, гиперактивность, импульсивность	Констатирующий, контрольный

Корректу рная проба	Изуче ние внимания	Устойчивост ь, точность, переключение	Констатиру ющий, контрольный
Тест тревожности Тейлора	Оценк а эмоциональ ной сферы	Личностная и ситуативная тревожность	Констатиру ющий, контрольный
Методика «Рисунок семьи»	Анали з эмоциональ ного состояния	Тревожность, самооценка, образ семьи	Констатиру ющий
Педагогич еское наблюдение	Оценк а поведения	Самоконтрол ь, произвольность, коммуникация	Все этапы

### 2.3. Констатирующий этап исследования

Цель — определить исходный уровень развития внимания, регуляции поведения, эмоционально-волевой сферы и исполнительных функций.

Результаты диагностики по шкале СДВГ (DSM-5)

У всех детей экспериментальной группы выявлены высокие показатели по невнимательности и гиперактивности. Данные представлены в таблице 2.2.

Таблица 2.2 – Показатели исходного уровня симптомов СДВГ по DSM-5

Показатель	Экспериментал ьная группа	Контроль ная группа
Невнимательность (баллы)	18–24	17–23

Гиперактивность/импульсивность (баллы)	18–23	17–22
Средняя оценка группы	высокая	высокая

На констатирующем этапе исследования была проведена диагностика уровня выраженности симптомов синдрома дефицита внимания и гиперактивности, а также особенностей концентрации и устойчивости внимания у детей экспериментальной и контрольной групп.

Для оценки проявлений СДВГ использовалась шкала оценки симптомов СДВГ (DSM-5), а для анализа внимания — корректурная проба. Полученные результаты были обобщены и представлены в виде графических материалов.

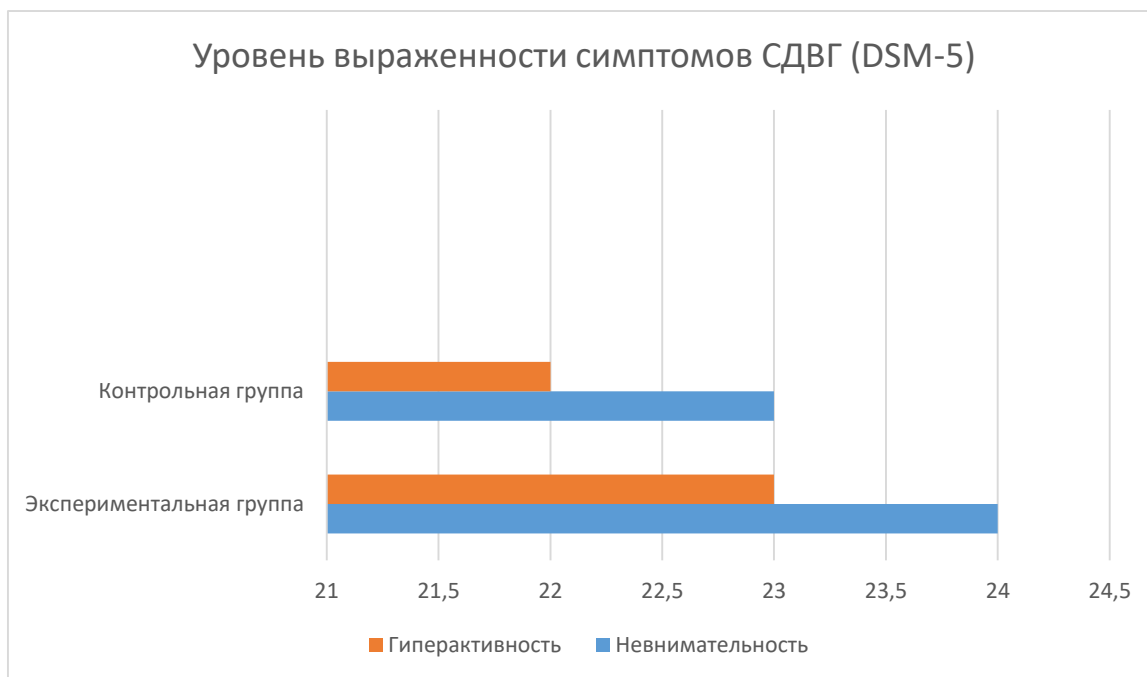


Рисунок 2.1 – Уровень выраженности симптомов СДВГ у детей экспериментальной и контрольной групп (констатирующий этап)

Анализ данных, представленных на рисунке 2.1, показывает, что обе группы характеризуются высоким уровнем выраженности симптомов невнимательности и гиперактивности, что подтверждает сопоставимость выборок на начальном этапе исследования.

Познавательные функции (корректурная проба)

У большинства детей отмечен высокий процент ошибок, низкая устойчивость внимания и истощаемость.

Таблица 2.3 – Результаты корректурной пробы (констатирующий этап)

Группа	Процент ошибок	Характеристика
Экспериментальная	40–55%	низкая концентрация внимания
Контрольная	38–50%	сниженная устойчивость

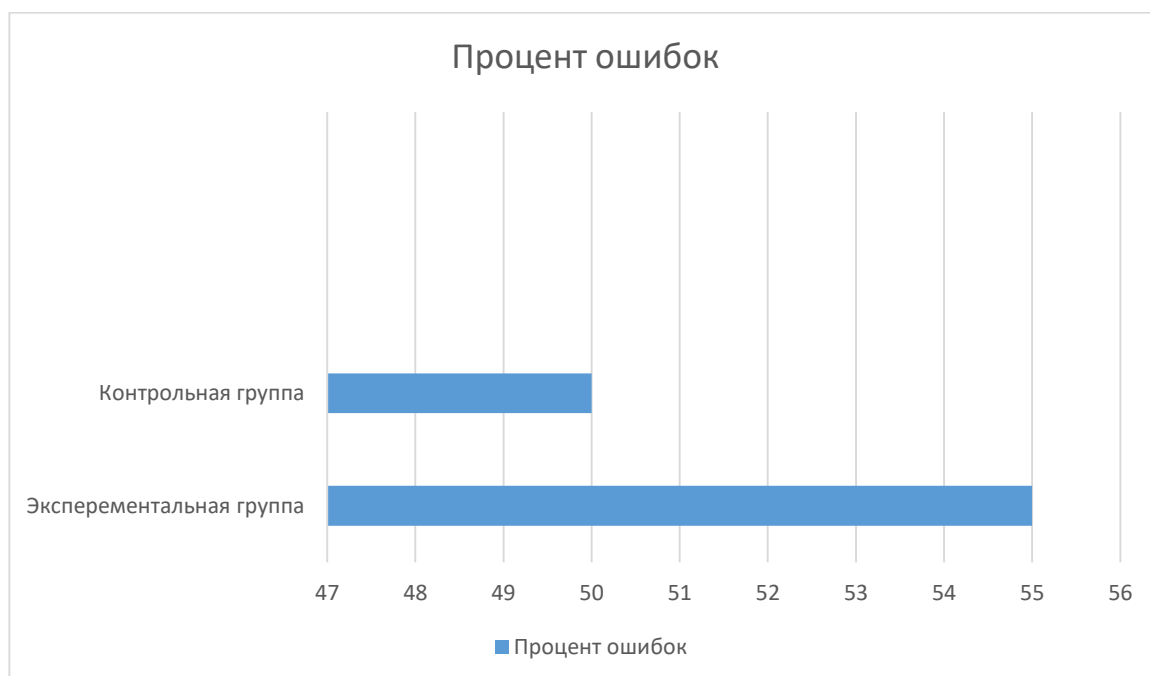


Рисунок 2.2 – Процент ошибок в корректурной пробе у детей на констатирующем этапе

Высокий процент ошибок свидетельствует о низкой устойчивости внимания и трудностях произвольной регуляции деятельности у обследуемых детей.

Эмоциональное состояние

Диагностировано:

- высокий уровень тревожности — у 4 детей;
- эмоциональная неустойчивость;

- склонность к фрустрационным реакциям.

#### 2.4. Формирующий этап исследования: реализация программы

В экспериментальной группе была внедрена авторская коррекционно-развивающая программа, направленная на:

- формирование произвольного внимания;
- снижение гиперактивности;
- развитие самоконтроля;
- стабилизацию эмоционально-волевой сферы;
- улучшение социальных навыков.

#### Структура и содержание программы

Программа включает четыре блока, что отражено в таблице 2.4.

Таблица 2.4 – Структура коррекционно-развивающей программы

Блок	Содержание	Упражнения	Развиваемые функции
1. Сенсомоторика и саморегуляция	Дыхательные и релаксационные упражнения	«Свеча», «Кошка-собака», «Половинка»	Моторика, расслабление, снижение гиперактивности
2. Внимание	Концентрация, распределение, переключение	«Следи за карандашом», «Змейка глазами»	Произвольное внимание
3. Исполнительные функции	Последовательность, память, самоконтроль	«Да-нет-не знаю», «Повтори по образцу»	Рабочая память, планирование

4. Эмоциональная регуляция	Эмоции, взаимодействие	Психогим настика, ролевые игры	Саморегул ляция, социальные навыки
----------------------------------	---------------------------	--------------------------------------	---

#### График реализации программы

Таблица 2.5 – План реализации программы

Период	Направление занятий	Цели	Методы
Недели 1–4	Сенсомоторика	Снижение мышечного напряжения, развитие моторики	Дыхательные техники
Недели 5–8	Внимание	Повышение концентрации	Тренинги внимания
Недели 9–12	Исполнительны е функции	Развитие самоконтроля	Игры-правила
Недели 13–16	Эмоциональная регуляция	Снижение тревожности	Психогимнастик а

#### 2.5. Контрольный этап исследования

По завершении программы были проведены повторные диагностики.

#### Динамика симптомов СДВГ

Таблица 2.6 – Сравнительная динамика симптомов СДВГ

Показатель	До	После	Динамика
Невнимательность	18–24	11–16	улучшение на 30–40%

Гиперактивность	18–23	12–15	улучшение на 25–35%
-----------------	-------	-------	------------------------

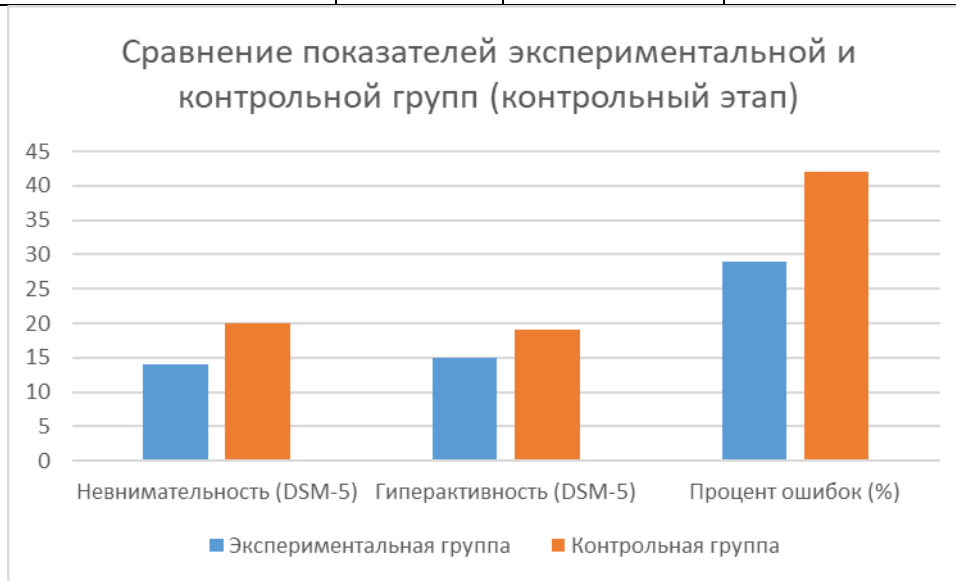


Рисунок 2.3 – Сравнение показателей экспериментальной и контрольной групп (контрольный этап)

#### Изменения внимания

Таблица 2.7 – Динамика по корректурной пробе

Группа	Ошибки		Изменение
	до (%)	после (%)	
Экспериментальная	40–55	20–35	улучшение
Контрольная	38–50	35–47	без значимых изменений

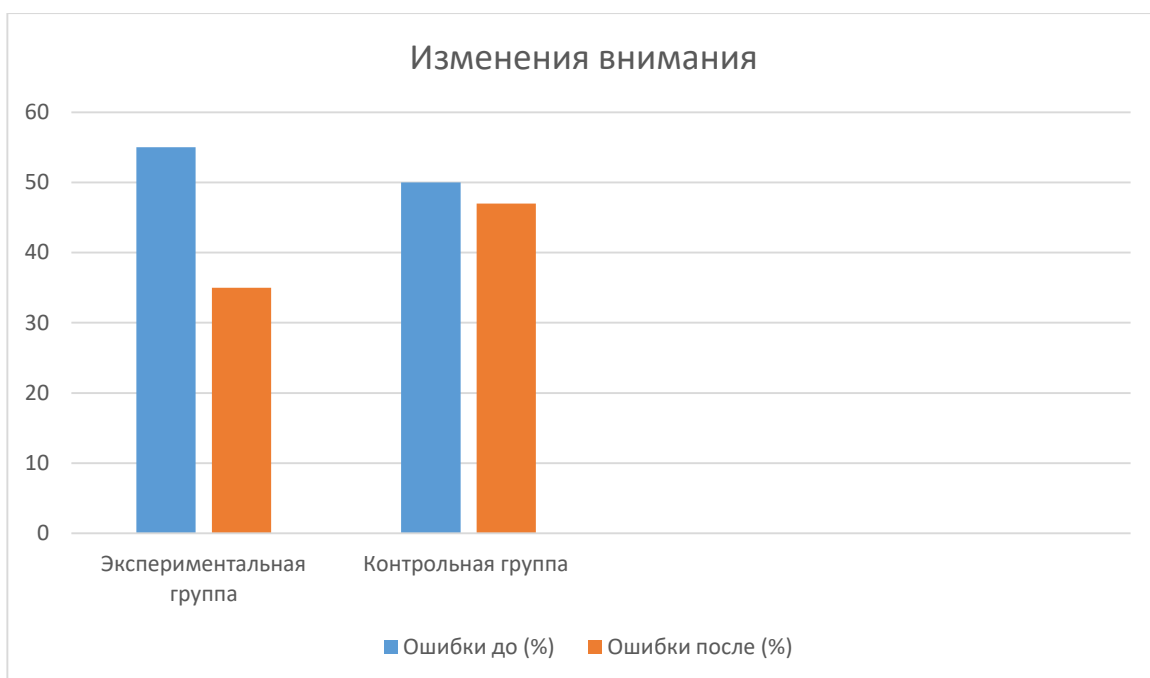


Рисунок 2.4 – Динамика по корректурной пробе

#### Эмоционально-волевые изменения

Таблица 2.8 – Динамика эмоционального состояния

Показатель	До	После	Изменение
Уровень тревожности	высокий	умеренный/низкий	снижение
Эмоциональные реакции	нестабильные	более контролируемые	улучшение

#### Педагогические наблюдения

Таблица 2.9 – Итоговые наблюдения педагогов

Критерий	До	После
Самоконтроль	низкий	средний
Устойчивость внимания	низкая	средняя
Готовность следовать инструкции	низкая	высокая
Конфликтность	высокая	снижена

Учебная самостоятельность	низкая	повысилась
---------------------------	--------	------------

### Вывод по второй главе

Практическая часть исследования была направлена на эмпирическую проверку результативности коррекционно-развивающей программы, предназначенной для младших школьников с сочетанием синдрома дефицита внимания и гиперактивности и задержки психического развития. Экспериментальная работа организовывалась в условиях общеобразовательной организации и включала констатирующий, формирующий и контрольный этапы, что обеспечило последовательное выявление исходного уровня нарушений, апробацию комплекса коррекционных воздействий и оценку полученной динамики.

Результаты первичной диагностики подтвердили выраженность регуляторной недостаточности у обследуемых детей. На констатирующем этапе фиксировались высокие показатели симптоматики, отражающие дефицит произвольного внимания, недостаточность самоконтроля и поведенческую импульсивность. Одновременно выявлялись признаки эмоциональной нестабильности, в том числе повышенная тревожность и склонность к фрустрационным реакциям, что усиливало трудности включения в организованную учебную деятельность и препятствовало поддержанию устойчивой работоспособности. Сопоставимость исходных характеристик экспериментальной и контрольной групп позволила рассматривать дальнейшие различия в динамике как результат влияния формирующего воздействия, а не как следствие первоначальной неоднородности выборок.

В ходе формирующего этапа в экспериментальной группе была реализована авторская программа, построенная как целостная система коррекционно-развивающих мероприятий. Содержательная структура программы ориентировалась на ключевые дефициты, типичные для коморбидного профиля СДВГ и ЗПР: нарушения произвольного внимания,

несформированность исполнительных функций, поведенческую дезорганизацию и недостаточность эмоциональной регуляции. Принципиальным основанием выступала комплексность воздействия, предполагающая сочетание упражнений, направленных на развитие концентрации, переключаемости и устойчивости внимания, формирование навыков самоконтроля и следования инструкции, снижение проявлений гиперактивности, а также стабилизацию эмоционально-волевой сферы и улучшение социального взаимодействия. Организационная логика занятий обеспечивала систематичность, этапность и постепенное усложнение задач при сохранении структурированности и предсказуемости деятельности.

Контрольная диагностика, проведенная по завершении формирующего этапа, выявила статистически значимую положительную динамику в экспериментальной группе по основным измеряемым параметрам. Снижение выраженности симптомов невнимательности и гиперактивности сопровождалось улучшением показателей произвольного внимания, что проявлялось уменьшением количества ошибок и повышением устойчивости выполнения заданий, требующих концентрации и самоконтроля. Одновременно отмечалась более выраженная стабилизация эмоционального состояния: фиксировалось снижение тревожности и рост способности к более контролируемым эмоциональным реакциям в ситуации учебной нагрузки и межличностного взаимодействия. Данные педагогического наблюдения дополняли результаты тестирования, указывая на повышение организованности поведения, увеличение готовности следовать инструкции, снижение конфликтности и рост учебной самостоятельности.

Сравнительный анализ итоговых показателей экспериментальной и контрольной групп продемонстрировал преимущество обучающихся, включенных в программу: степень улучшений по вниманию, поведенческой регуляции и эмоциональной устойчивости в экспериментальной группе была выражена значительно сильнее, тогда как в контрольной группе

изменения носили менее заметный либо статистически незначимый характер. Полученные результаты позволяют квалифицировать разработанную программу как эффективное средство коррекционно-развивающего сопровождения младших школьников с СДВГ и ЗПР.

Таким образом, экспериментальная проверка подтвердила, что системно организованная коррекционная работа, адресующая базовые регуляторные и эмоционально-волевые дефициты, обеспечивает достоверное улучшение показателей внимания, поведения и эмоциональной стабильности. Практическая значимость результатов заключается в возможности внедрения программы в деятельность образовательных организаций при сопровождении детей с коморбидными нарушениями, с учетом необходимости этапного мониторинга и соблюдения условий регулярности и структурированности коррекционных занятий.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выпускная квалификационная работа посвящена актуальной для современной системы специального (дефектологического) образования проблеме коррекции синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей младшего школьного возраста с задержкой психического развития. Значимость выбранной темы определяется тем, что коморбидное сочетание СДВГ и ЗПР является распространённым явлением и, по данным исследований, встречается у значительной доли детей с нарушениями темпа психического развития. В условиях начального общего образования, реализуемого по ФГОС НОО ОВЗ, данная группа обучающихся демонстрирует выраженные трудности включения в учебную деятельность: дефицит произвольного внимания, импульсивность, нестабильность работоспособности, повышенную утомляемость, эмоциональную лабильность, а также вторичные проявления школьной дезадаптации. В совокупности это повышает риск формирования устойчивой академической неуспешности и негативной Я-концепции, что, в свою очередь, обуславливает необходимость разработки и апробации системных коррекционно-развивающих программ.

Цель исследования заключалась в теоретическом обосновании, разработке и экспериментальной проверке эффективности коррекционно-развивающей программы, направленной на преодоление проявлений СДВГ у младших школьников с ЗПР. Для достижения поставленной цели были решены следующие задачи: проведён теоретический анализ литературы по проблеме сочетания СДВГ и ЗПР; изучены нейропсихологические механизмы нарушений произвольной регуляции и внимания при коморбидности; осуществлена диагностика исходного уровня выраженности симптомов СДВГ и особенностей внимания; разработана и апробирована комплексная коррекционная программа; выполнена оценка

результативности на основе сравнительного анализа данных констатирующего и контрольного этапов эксперимента.

Теоретические результаты исследования позволяют обобщить, что СДВГ и ЗПР являются нарушениями различной природы и различной структуры, однако при их сочетании формируется единый комплекс дефицитов, характеризующийся эффектом взаимного отягощения. Регуляторный дефицит, присущий СДВГ (невнимательность, гиперактивность, импульсивность), препятствует формированию полноценной учебной деятельности и снижает возможности компенсации, которые потенциально доступны детям с ЗПР при адекватной организации обучения. В то же время нейродинамическая истощаемость и замедленный темп психической деятельности, характерные для ЗПР, усугубляют проявления СДВГ, снижая устойчивость произвольного контроля и ограничивая ресурсы переработки информации. Тем самым при коморбидности оказывается нарушенной не только отдельная функция (внимание), но и целостная система регуляции деятельности ребёнка в условиях школьных требований.

Анализ отечественных и зарубежных источников показал, что современные интерпретации СДВГ в зарубежной традиции базируются на моделях дефицита исполнительных функций (ингибция, рабочая память, планирование), а также на нейробиологических и генетических факторах. В отечественной традиции ведущими выступают культурно-исторический подход и нейропсихологическая концепция А. Р. Лурии, в рамках которых СДВГ рассматривается как проявление функциональной недостаточности регуляторных структур, прежде всего первого (энергетического) и третьего (программирования и контроля) блоков мозга. Существенным теоретическим выводом является то, что методологические различия отечественных и зарубежных подходов не исключают, а дополняют друг друга: наиболее продуктивной становится интеграция нейропсихологической коррекции, педагогических средств организации

деятельности и поведенческих технологий, ориентированных на формирование навыков самоконтроля в реальной образовательной среде.

Проведённый теоретический анализ подтвердил особую значимость младшего школьного возраста как критического этапа. Смена ведущей деятельности, рост требований к произвольности и внутреннему плану действий, необходимость подчинения правилам и длительной концентрации внимания делают проявления СДВГ и ЗПР более очевидными и устойчивыми. В этот период при отсутствии системной помощи формируются вторичные нарушения: снижение учебной мотивации, рост тревожности, протестное поведение либо «выученная беспомощность», а также осложнения в сфере общения со сверстниками и взрослыми. Тем самым проблема коррекции СДВГ при ЗПР приобретает не только психолого-педагогическое, но и выраженное профилактическое значение.

Научная новизна исследования определяется уточнением особенностей проявления СДВГ у детей с ЗПР, проявляющихся в специфическом профиле нейродинамической истощаемости и фрагментарности учебной деятельности, а также обоснованием и апробацией комплексной модели коррекции, интегрирующей сенсомоторный компонент, когнитивные упражнения на развитие внимания и исполнительных функций, и методы речевого опосредования контроля. Дополнительная новизна заключается в получении данных о положительной динамике произвольного внимания и саморегуляции в условиях структурированной коррекционной среды, организованной с учётом особенностей коморбидного состояния.

Теоретическая значимость работы состоит в расширении представлений о системном характере школьной неуспешности при сочетании СДВГ и ЗПР. В исследовании показано, что учебные трудности данной категории детей обусловлены не только «пробелами» в предметных знаниях, но прежде всего несформированностью компонентов учебной деятельности: принятия инструкции, целеполагания, планирования,

поэтапного выполнения, контроля и оценки результата. Обосновано, что ведущими мишенями коррекционной работы должны выступать нейродинамика (как ресурс работоспособности), механизмы программирования и контроля, а также развитие внешних и внутренних средств саморегуляции, включая речь как инструмент организации поведения. Практически важным итогом теоретического блока также является вывод о необходимости междисциплинарности и непрерывности сопровождения с участием специалистов образовательной организации и семьи.

Практическая часть исследования была организована на базе образовательной организации и включала 12 обучающихся 7–9 лет с заключениями ПМПК о наличии ЗПР и симптоматики СДВГ. Испытуемые были распределены на экспериментальную и контрольную группы по 6 человек, что обеспечило возможность сопоставления динамики при формирующем воздействии и без него. Исследование проводилось в три этапа: констатирующий, формирующий и контрольный.

На констатирующем этапе применялся диагностический комплекс, включающий шкалу оценки симптомов СДВГ (DSM-5), корректурную пробу (оценка устойчивости и точности внимания), тест тревожности (модификация Р. Тейлора), методики качественного анализа эмоционального состояния и педагогическое наблюдение. Результаты первичной диагностики подтвердили сопоставимость экспериментальной и контрольной групп и наличие у большинства обследованных выраженных проявлений невнимательности и гиперактивности/импульсивности. По данным корректурной пробы фиксировался высокий процент ошибок, что указывало на низкую устойчивость внимания и трудности произвольной регуляции; наблюдались признаки истощаемости и снижение продуктивности при продолжении выполнения задания. В эмоционально-волевой сфере выявлялись тревожность, эмоциональная неустойчивость, склонность к фрустрационным реакциям, что согласуется с теоретическими

положениями о взаимосвязи регуляторных и эмоциональных нарушений при коморбидности СДВГ и ЗПР.

На формирующем этапе в экспериментальной группе была реализована авторская коррекционно-развивающая программа. Её содержательная логика строилась на комплексном воздействии и включала четыре взаимосвязанных блока: сенсомоторное развитие и саморегуляцию (нормализация тонуса, дыхательные и релаксационные упражнения), развитие произвольного внимания (концентрация, переключение, распределение), формирование исполнительных функций (последовательность действий, рабочая память, самоконтроль, алгоритмизация), а также эмоциональную регуляцию и коммуникативные навыки. Программа реализовывалась с учётом характерной для обучающихся быстрой утомляемости: использовались дробление нагрузки, чередование активных и спокойных упражнений, стабильная структура занятия, наглядные и речевые опоры, подкрепление успешных действий и постепенный перенос контроля от взрослого к ребёнку. Важным практическим результатом стало подтверждение того, что включение сенсомоторных и дыхательных компонентов повышает устойчивость функционального состояния и создаёт условия для продуктивного выполнения когнитивных задач.

Контрольный этап показал наличие выраженной положительной динамики в экспериментальной группе по сравнению с контрольной. По шкале DSM-5 отмечено снижение выраженности симптомов невнимательности и гиперактивности/импульсивности: показатели переместились от высокой выраженности к умеренной, что отражает формирование более стабильных механизмов торможения и произвольного контроля. По данным корректурной пробы в экспериментальной группе зафиксировано снижение процента ошибок (ориентировочно с диапазона 40–55% до 20–35%), что свидетельствует о росте устойчивости и точности внимания и улучшении саморегуляции в процессе выполнения однотипной

деятельности. В контрольной группе значимых изменений не наблюдалось (процент ошибок сохранялся на близком уровне), что подтверждает обусловленность положительной динамики именно формирующим воздействием.

Кроме количественных данных, важное значение имеют качественные показатели, полученные в результате педагогических наблюдений. У детей экспериментальной группы отмечалось повышение готовности следовать инструкции, увеличение учебной самостоятельности, снижение конфликтности, улучшение способности ожидать своей очереди и более контролируемые эмоциональные реакции. В динамике фиксировался переход от внешне организованного поведения к элементам самоконтроля, что является принципиальным критерием эффективности коррекционно-развивающей работы в младшем школьном возрасте. В эмоциональной сфере выявлено снижение тревожности (от высокого уровня к умеренному/низкому), что подтверждает эффективность программы не только по базовым мишеням внимания и поведения, но и по сопутствующим эмоционально-волевым трудностям.

Практическая ценность исследования состоит в том, что разработанная программа коррекционно-развивающих занятий может быть использована педагогами-дефектологами и педагогами-психологами в общеобразовательных и специализированных школах, реализующих обучение по адаптированным образовательным программам для детей с ОВЗ. Представленный диагностический инструментарий (шкала DSM-5, корректурная проба, оценка тревожности, педагогическое наблюдение) даёт возможность осуществлять мониторинг динамики и своевременно корректировать индивидуальный маршрут сопровождения. Методические рекомендации по организации занятий (структура урока, дозирование нагрузки, применение сенсомоторных и релаксационных упражнений, игровые методы, речевые опоры, система поощрений) усиливают

прикладную значимость работы, так как могут быть непосредственно внедрены в практику специалистов.

С точки зрения анализа эффективности предложенных решений, полученные результаты позволяют утверждать, что комплексная программа, интегрирующая нейropsychологический подход, развитие речевой саморегуляции и структурирование образовательной среды, выступает результативным инструментом коррекции проявлений СДВГ у младших школьников с ЗПР. Наиболее выраженный эффект достигается при сочетании трёх условий: системности воздействия (работа с нейродинамикой, вниманием, контролем, эмоциями), учёта истощаемости и темпа деятельности (дробление нагрузки, паузы, сенсомоторная поддержка), а также опосредования контроля речью и внешними средствами (чек-листы, алгоритмы, проговаривание этапов). Значимым практическим выводом является то, что при коморбидности СДВГ и ЗПР целесообразно строить коррекционную работу не как набор разрозненных упражнений на «внимание», а как программу формирования компонентов учебной деятельности и механизмов саморегуляции.

Рекомендации по внедрению результатов заключаются в следующем. Во-первых, целесообразно включать элементы программы в систему сопровождения обучающихся с ЗПР и СДВГ в рамках школьной психолого-педагогической службы, обеспечивая регулярность занятий и их согласование с требованиями учебного процесса. Во-вторых, важно выстроить взаимодействие с педагогами начальных классов: перенос навыков самоконтроля и алгоритмизации действий в учебные ситуации повышает устойчивость эффекта и снижает риски «срыва» поведения при увеличении нагрузки. В-третьих, необходимо активно вовлекать родителей (консультации, простые упражнения для дома, единые правила и режим), поскольку единообразие требований и поддержка навыков саморегуляции в семье существенно повышают общую результативность коррекционной работы. Наконец, следует организовать мониторинг динамики не реже

одного раза в четверть с использованием диагностических процедур и наблюдения.

Экономический эффект в рамках данной работы может рассматриваться как условный и опосредованный. Программа преимущественно базируется на доступных методических средствах и не требует дорогостоящего оборудования, что облегчает её внедрение в образовательной организации. Снижение выраженности поведенческих нарушений и повышение учебной самостоятельности потенциально уменьшают потребность в дополнительных компенсирующих мерах (индивидуальные разъяснения, постоянные дисциплинарные вмешательства), а также сокращают риски вторичных осложнений школьной дезадаптации, что может расцениваться как социально-значимый эффект в системе образования.

Перспективы дальнейшего исследования связаны с расширением выборки и увеличением продолжительности формирующего воздействия, что позволит уточнить устойчивость полученных результатов и выявить факторы, влияющие на вариативность динамики (тип СДВГ, степень выраженности ЗПР, особенности семейной ситуации, уровень речевого развития). Отдельным направлением может стать разработка дифференцированных модулей программы для разных вариантов сочетанного нарушения (например, преимущественно невнимательный тип при ЗПР и комбинированный тип), а также изучение возможностей включения технологий биологической обратной связи и цифровых когнитивных тренингов в систему школьного сопровождения при сохранении нейропсихологической и педагогической логики коррекции. Практически перспективным является также создание методического комплекта для учителя (визуальные опоры, чек-листы самопроверки, алгоритмы действий на уроке) как инструмента переноса коррекционных достижений в повседневную учебную деятельность.

Таким образом, в результате проведённого исследования можно сделать следующие обобщающие выводы. Во-первых, сочетание СДВГ и ЗПР у младших школьников формирует специфическую структуру нарушений, включающую регуляторно-поведенческий, когнитивный и эмоционально-волевой компоненты, что требует комплексного подхода к диагностике и коррекции. Во-вторых, теоретический анализ подтвердил, что наиболее обоснованным является нейропсихологически ориентированное сопровождение, направленное на нормализацию нейродинамики, развитие программирования и контроля, укрепление межполушарного взаимодействия и формирование речевой саморегуляции. В-третьих, разработанная и апробированная коррекционно-развивающая программа показала эффективность: в экспериментальной группе зафиксировано снижение выраженности симптомов по шкале DSM-5, улучшение показателей внимания по корректурной пробе, позитивные изменения в эмоциональном состоянии и поведении, а также более выраженная положительная динамика по сравнению с контрольной группой. Следовательно, поставленные цель и задачи исследования были успешно достигнуты, а выдвинутая гипотеза получила подтверждение.

В целом проведённая работа подтверждает значимость ранней, системной и междисциплинарной коррекции проявлений СДВГ у детей с ЗПР в младшем школьном возрасте. Полученные результаты можно рассматривать как вклад в развитие практик психолого-педагогической реабилитации обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, поскольку они демонстрируют возможность улучшения произвольного внимания, самоконтроля и эмоциональной устойчивости при условии целенаправленной организации коррекционной среды. Реализация подобных программ способствует не только снижению симптоматики, но и созданию предпосылок для успешной школьной адаптации ребёнка, повышения его учебной компетентности и качества социального

взаимодействия, что определяет общую гуманитарную и прикладную значимость выполненного исследования.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

### I. Нормативные правовые акты

1. Конвенция о правах ребёнка : принята резолюцией 44/25 Генеральной Ассамблеи ООН от 20.11.1989 // Официальные отчёты Генеральной Ассамблеи : сорок четвёртая сессия. — Нью-Йорк : ООН, 1989.

2. Российская Федерация. Законы. Об образовании в Российской Федерации : Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ // Собрание законодательства Российской Федерации. — 2012. — № 53, ч. 1. — Ст. 7598.

3. Федеральный государственный образовательный стандарт начального общего образования (ФГОС НОО) / Министерство просвещения Российской Федерации. — Москва, 2021.

4. Федеральный государственный образовательный стандарт образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья (ФГОС ОВЗ) / Министерство образования и науки Российской Федерации. — Москва, 2016.

5. Федеральный государственный образовательный стандарт образования обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) / Министерство образования и науки Российской Федерации. — Москва, 2018.

6. Российская Федерация. Министерство образования и науки. Приказ от 30.08.2013 № 1015 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по основным общеобразовательным программам — образовательным программам начального общего, основного общего и среднего общего образования» // Российская газета. — 2013. — № 217.

7. СанПиН 2.4.2.2821-10. Санитарно-эпидемиологические требования к условиям и организации обучения в

общеобразовательных учреждениях : утв. постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 29.12.2010 № 189 // Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. — 2011. — № 8.

8. Российская Федерация. Министерство просвещения. Приказ от 31.12.2020 № 1599 «Об утверждении Положения о психолого-педагогической комиссии» // Официальный интернет-портал правовой информации. — URL: (дата обращения: 08.11.2025).

9. Российская Федерация. Министерство здравоохранения. Приказ от 30.09.2015 № 676н «Об утверждении стандарта медицинской помощи детям с расстройствами психологического развития» // Официальный интернет-портал правовой информации. — URL: (дата обращения: 08.11.2025).

## II. Методические документы, инструкции, положения

10. Положение о психолого-медико-педагогической комиссии : утв. приказом Минобрнауки России от 20.09.2013 № 1082 // Российская газета. — 2013. — № 247.

11. О создании специальных условий для обучения детей с ограниченными возможностями здоровья : письмо Минобрнауки России от 14.06.2014 № ВК-1232/06 / Министерство образования и науки Российской Федерации. — Москва, 2014.

12. Психолого-педагогическое сопровождение обучающихся с ограниченными возможностями здоровья : методические рекомендации / Министерство просвещения Российской Федерации. — Москва : ФГБНУ «ИКП РАО», 2020. — 128 с.

13. Организация инклюзивного образования : методические рекомендации / под ред. Н. Н. Малофеева. — Москва : Просвещение, 2019. — 256 с.

14. Методические рекомендации по работе с детьми с задержкой психического развития / Институт повышения

квалификации и переподготовки работников образования. — Москва : ИПКРО, 2017. — 84 с.

15. Программно-методический комплекс для коррекционных школ VIII вида / под ред. И. М. Бгажноковой. — Москва, 2015. — 320 с.

### III. Теоретическая литература (монографии, учебники)

16. Братусь, Б. С. Аномалии личности / Б. С. Братусь. — Москва : МГУ, 1997. — 304 с.

17. Выготский, Л. С. Проблемы детской психологии / Л. С. Выготский. — Москва : Педагогика, 1984. — 289 с.

18. Гальперин, П. Я. Методы управления поведением и формирования понятий / П. Я. Гальперин. — Москва, 1985. — 168 с.

19. Каган, В. Е. Психология эмоционального развития / В. Е. Каган. — Москва, 1994. — 240 с.

20. Кащенко, В. П. Дефективные дети и школа : сборник статей / В. П. Кащенко. — Москва : Наркомпрос РСФСР, 1912. — 224 с. — Репринт: 2012.

21. Кисельникова, Н. В. Дети с задержкой психического развития: проблемы обучения и коррекции / Н. В. Кисельникова. — Москва : Владос, 2018. — 192 с.

22. Коррекционная педагогика : учебник / под ред. С. Д. Забрамной. — Москва : Академия, 2014. — 256 с.

23. Лебединская, К. С. Нарушения психического развития у детей / К. С. Лебединская. — Москва : Просвещение, 2005. — 192 с.

24. Лубовский, В. И. Психология аномального развития / В. И. Лубовский. — Москва : Академия, 2015. — 336 с.

25. Лурия, А. Р. Основы нейропсихологии / А. Р. Лурия. — Москва : Академия, 2003. — 384 с.

26. Мамайчук, И. И. Психология детей с отклонениями в развитии / И. И. Мамайчук. — Санкт-Петербург : Речь, 2013. — 424 с.

27. Малофеев, Н. Н. Специальное образование в России / Н. Н. Малофеев. — Москва, 2012. — 240 с.

28. Певзнер, М. С. Дети с нарушениями психического развития / М. С. Певзнер. — Москва : Педагогика, 1979. — 232 с.

29. Семёнович, М. М. Нейропсихологическая коррекция детского возраста / М. М. Семёнович. — Москва : Генезис, 2016. — 288 с.

30. Филимоненко, Ю. И. Нейропсихология детского возраста / Ю. И. Филимоненко. — Москва : Эксмо, 2017. — 352 с.

31. Хомская, Е. Д. Нейропсихология / Е. Д. Хомская. — Москва : МГУ, 2010. — 496 с.

32. Эльконин, Д. Б. Психология развития школьника / Д. Б. Эльконин. — Москва : Институт практической психологии, 1999. — 160 с.

#### IV. Зарубежные источники

33. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) / American Psychiatric Association. — Washington, DC : American Psychiatric Publishing, 2013. — 947 p.

34. Barkley, R. A. Attention Deficit Hyperactivity Disorder / R. A. Barkley. — New York : Guilford Press, 2015. — 560 p.

35. Biederman, J. ADHD in children: long-term outcomes / J. Biederman // *Lancet*. — 2006. — Vol. 367, no. 9510. — P. 589–596.

36. Brown, T. Attention Deficit Disorders and Comorbidities / T. Brown. — New York : Guilford Press, 2009. — 416 p.

37. Faraone, S. The genetics of ADHD / S. Faraone // *Biological Psychiatry*. — 2005. — Vol. 57, no. 11. — P. 1336–1342.

38. Sonuga-Barke, E. The dual pathway model of ADHD / E. Sonuga-Barke // *Development and Psychopathology*. — 2014. — Vol. 26, no. 4, pt. 2. — P. 1409–1423.

#### V. Научные статьи и сборники трудов

39. Белякова, М. А. Социальная адаптация детей с СДВГ / М. А. Белякова // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 12: Психология. Социология. Педагогика. — 2018. — Т. 11, вып. 2. — С. 187–198.

40. Герасимова, Л. В. Психолого-педагогическая характеристика детей с задержкой психического развития / Л. В. Герасимова // Образование и наука. — 2015. — № 7. — С. 89–102.

41. Ковалева, Г. С. Особенности внимания у детей с задержкой психического развития / Г. С. Ковалева, Н. И. Горбачёва // Дефектология. — 2019. — № 4. — С. 45–53.

42. Лазарев, М. А. Динамика произвольности у младших школьников с синдромом дефицита внимания и гиперактивности / М. А. Лазарев // Психологическая наука. — 2020. — № 3. — С. 67–78.

43. Сорокина, О. В. Коррекция поведения детей с гиперактивностью / О. В. Сорокина // Вопросы психологии. — 2017. — № 5. — С. 112–121.

44. Фрумкина, Р. М. Развитие произвольного поведения в младшем школьном возрасте / Р. М. Фрумкина // Дефектология. — 2014. — № 2. — С. 34–42.

45. Шайтуро, М. В. Этиологические факторы синдрома дефицита внимания и гиперактивности / М. В. Шайтуро // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2018. — Т. 118, № 10. — С. 76–83.

#### VI. Учебники, учебные пособия

46. Борисова, Е. А. Психология обучения младших школьников : учебное пособие / Е. А. Борисова. — Москва, 2015. — 176 с.

47. Дефектология : учебник / под ред. В. И. Лубовского. — Москва : Владос, 2018. — 335 с. — (Коррекционная педагогика).

48. Логопедия : учебник / под ред. Г. А. Волковой. — Москва : Просвещение, 2019. — 704 с.

49. Олиференко, Л. Я. Основы коррекционной педагогики : учебное пособие / Л. Я. Олиференко. — Москва, 2017. — 224 с.

50. Психология развития : учебник / под ред. А. М. Дерябиной. — Москва : Академия, 2016. — 320 с.

#### VII. Справочники, словари, энциклопедии

51. Большая медицинская энциклопедия : в 30 т. Т. 28: Психиатрия / гл. ред. Б. В. Петровский. — Москва : Советская энциклопедия, 1989. — 544 с.

52. Психологический словарь / под ред. А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского. — Москва, 1990. — 494 с.

53. Энциклопедия детской психологии и педагогики / под ред. А. А. Реана. — Санкт-Петербург, 2006. — 672 с.

54. Словарь терминов специальной педагогики и психологии / сост. Н. В. Новоторцева. — Москва, 2012. — 160 с.

#### VIII. Электронные ресурсы

55. Министерство просвещения Российской Федерации : официальный сайт. — URL: <https://edu.gov.ru> (дата обращения: 08.11.2025).

56. Федеральный портал «Российское образование». — URL: <https://edu.ru> (дата обращения: 05.11.2025).

57. Фонд поддержки детей с нарушениями развития. — URL: <https://fond-detyam.ru> (дата обращения: 10.11.2025).

58. Ассоциация специалистов по синдрому дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ). — URL: <http://adhd-association.ru> (дата обращения: 11.11.2025).

59. Виртуальная библиотека по нейропсихологии. — URL: <http://www.neuropsychology.ru> (дата обращения: 11.11.2025).

60. Всемирная организация здравоохранения : официальный сайт. — URL: <https://www.who.int/ru> (дата обращения: 12.11.2025).
61. Хомская, Е. Д. Нейропсихология : учебник для вузов / Е. Д. Хомская. — 4-е изд. — Санкт-Петербург : Питер, 2011. — 496 с. — ISBN 978-5-49807-604-1.
62. Семенович, А. В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза : учебное пособие / А. В. Семенович. — Москва : Генезис, 2017. — 474 с. — ISBN 978-5-98563-118-2.
63. Глозман, Ж. М. Нейропсихология детского возраста : учебное пособие для студентов высших учебных заведений / Ж. М. Глозман. — Москва : Академия, 2009. — 272 с. — ISBN 978-5-7695-4734-8.
64. Микадзе, Ю. В. Нейропсихология детского возраста : учебное пособие / Ю. В. Микадзе. — Санкт-Петербург : Питер, 2013. — 288 с. — ISBN 978-5-4461-0268-6.
65. Ахутина, Т. В. Методы нейропсихологического обследования детей 6–9 лет / Т. В. Ахутина, Н. М. Пылаева. — Москва : В. Секачев, 2016. — 280 с. — ISBN 978-5-88923-539-2.
66. Визель, Т. Г. Основы нейропсихологии : учебник для студентов вузов / Т. Г. Визель. — Москва : В. Секачев, 2021. — 264 с. — ISBN 978-5-88923-388-6.
67. Сиротюк, А. Л. Упражнения для развития интеллекта младших школьников / А. Л. Сиротюк. — Москва : Сфера, 2008. — 48 с. — ISBN 978-5-89144-893-3.
68. Шкловский, В. М. Психотерапия в системе комплексного лечения больных с афазией / В. М. Шкловский // Психологический журнал. — 1982. — Т. 3, № 4. — С. 114–122.

69. Пятница, Т. В. Логопедия в таблицах, схемах, цифрах / Т. В. Пятница. — Ростов-на-Дону : Феникс, 2015. — 173 с. — ISBN 978-5-222-24964-1.

## ПРИЛОЖЕНИЕ

### Приложение 1

Шкала оценки симптомов синдрома дефицита внимания и гиперактивности (DSM-5, адаптированная форма)

Назначение

методики:

Методика предназначена для оценки выраженности симптомов синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей младшего школьного возраста на основе наблюдений родителей и педагогов.

Инструкция:

Оцените, как часто в течение последних 6 месяцев ребенок проявлял указанные формы поведения.

Поставьте соответствующую оценку в графе «Балл».

Шкала оценки:

- 0 — никогда / почти никогда
- 1 — иногда
- 2 — часто
- 3 — очень часто

#### Часть А. Симптомы невнимательности

№	Поведенческий симптом	Балл
1	Часто не обращает внимания на детали, допускает ошибки по невнимательности	
2	С трудом удерживает внимание при выполнении заданий или в игре	
3	Создается впечатление, что не слушает, когда к нему обращаются	
4	Не следует инструкциям, не доводит задания до конца	

5	Испытывает трудности с организацией деятельности	
6	Избегает заданий, требующих длительного умственного напряжения	
7	Часто теряет вещи, необходимые для деятельности	
8	Легко отвлекается посторонними раздражителями	
9	Проявляет забывчивость в повседневных делах	

Суммарный балл по шкале невнимательности (0–27): \_\_\_\_\_

#### Часть В. Симптомы гиперактивности и импульсивности

№	Поведенческий симптом	Балл
10	Часто ерзает, вертится на месте	
11	Часто встает со своего места без необходимости	
12	Проявляет чрезмерную двигательную активность	
13	Не может играть тихо и спокойно	
14	Постоянно находится в движении	
15	Чрезмерно разговорчив	
16	Отвечает, не дослушав вопрос до конца	
17	Испытывает трудности ожидания своей очереди	
18	Часто вмешивается в разговоры и игры других	

Суммарный балл по шкале гиперактивности/импульсивности (0–27): \_\_\_\_\_

Интерпретация результатов (для исследовательских целей):

- 0–10 баллов — низкая выраженность симптомов
- 11–18 баллов — умеренная выраженность
- 19–27 баллов — высокая выраженность

## Приложение 2

Карта педагогического наблюдения за поведением ребенка с СДВГ

Цель:

Фиксация динамики произвольного поведения, самоконтроля и эмоциональной регуляции в процессе коррекционно-развивающих занятий.

Инструкция:

Оцените поведение ребенка в ходе занятия, используя шкалу:

- 0 — не проявляется
- 1 — проявляется иногда
- 2 — проявляется часто
- 3 — проявляется постоянно

Ф.И.О. \_\_\_\_\_ ребенка: \_\_\_\_\_

Возраст: \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ наблюдения: \_\_\_\_\_

Занятие №: \_\_\_\_\_

№	Критерий наблюдения	Балл	Комментарий
1	Удерживает внимание на задании		
2	Следует инструкции взрослого		

3	Доводит задание до конца		
4	Проявляет двигательную расторможенность		
5	Проявляет импульсивные реакции		
6	Способен ждать своей очереди		
7	Контролирует эмоциональные реакции		
8	Проявляет самостоятельность		

Общее заключение специалиста:

Приложение 3

Пример диагностической карты ребенка (фрагмент)

Показатель	До начала программы	После завершения
Невнимательность (DSM-5)	высокая	умеренная
Гиперактивность	высокая	умеренная
Самоконтроль	низкий	средний
Концентрация внимания	низкая	средняя
Эмоциональная устойчивость	снижена	улучшена

Приложение 4

Перечень диагностических методик, использованных в исследовании

1. Шкала оценки симптомов СДВГ (DSM-5).
2. Корректирующая проба (оценка внимания).
3. Тест тревожности (модификация Р. Тейлора).
4. Методика «Рисунок семьи».
5. Педагогическое наблюдение.

Приложение 5

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА  
КОРРЕКЦИОННО-РАЗВИВАЮЩИХ ЗАНЯТИЙ  
ПО КОРРЕКЦИИ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ  
У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА  
С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Выполнила  
Студентка группы ЗФ-309-170-2-1  
ЮУрГГПУ  
Буланова Александра Сергеевна

Миасс

2025

## Пояснительная записка

Программа направлена на коррекцию проявлений синдрома дефицита внимания (СДВ) у детей младшего школьного возраста с задержкой психического развития (ЗПР). Актуальность программы обусловлена увеличением количества детей, испытывающих трудности в произвольной регуляции поведения, концентрации внимания, учебной мотивации и эмоционально-волевой сфере.

В настоящее время всё чаще встречаются дети, которые испытывают трудности в поведении, учёбе и общении. Одной из наиболее распространённых причин таких трудностей является синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ). Особенно часто его проявления наблюдаются у детей с задержкой психического развития (ЗПР), так как их нервная система более уязвима, а процессы формирования внимания, памяти и саморегуляции проходят медленнее, чем у сверстников.

СДВГ проявляется в виде повышенной двигательной активности, неустойчивого внимания, повышенной отвлекаемости, импульсивности поведения и сниженной способности к самоконтролю. У детей с ЗПР эти особенности проявляются ярче и дольше сохраняются, так как незрелость нервных процессов затрудняет формирование произвольности и устойчивого поведения.

По данным исследований, признаки СДВГ встречаются у 10–20% детей младшего школьного возраста, а у детей с ЗПР — значительно чаще. Эти особенности оказывают влияние на обучение, поведение и эмоциональное развитие, создают трудности при адаптации к школьным требованиям.

### Причины и факторы риска

Формирование СДВГ у детей с ЗПР имеет многофакторный характер и связано с сочетанием биологических и социальных причин:

Наследственность — у родителей или ближайших родственников нередко отмечались признаки повышенной активности, невнимательности, импульсивности в детстве.

Осложнения беременности и родов, родовые травмы, гипоксия, внутриутробные инфекции — всё это может повлиять на развитие мозга ребёнка.

Частые болезни и травмы раннего возраста, замедляющие развитие нервной системы.

Дефицит питательных веществ — недостаток белков, витаминов, микроэлементов, необходимых для работы мозга.

Социально-психологические факторы — эмоционально неблагоприятная обстановка в семье, конфликты, педагогическая запущенность, отсутствие чёткого режима дня и правил поведения.

Дети с ЗПР особенно чувствительны к стрессу, перегрузке, резким изменениям, поэтому любое неблагоприятное воздействие может усиливать проявления гиперактивности и невнимательности.

Особенности проявлений СДВГ у детей с ЗПР

Поведение и деятельность детей с СДВГ и ЗПР имеют свои специфические особенности.

Такие дети часто:

- чрезмерно подвижны, не могут спокойно сидеть на месте, совершают много лишних движений;
- быстро теряют интерес к заданию, не доводят начатое до конца;
- с трудом удерживают внимание даже на короткое время;
- легко отвлекаются на посторонние раздражители (звуки, разговоры, предметы);
- действуют импульсивно, не обдумывая последствия;

- не всегда понимают инструкции учителя, забывают последовательность действий;
- испытывают трудности в организации учебной деятельности;
- плохо ориентируются во времени и пространстве;
- часто не чувствуют усталости, но быстро истощаются;
- эмоционально неустойчивы — легко переходят от смеха к слезам, от радости к раздражению.

У многих наблюдается неловкость движений, нарушение координации, трудности с письмом и рисованием, слабая мелкая моторика. Из-за замедленного темпа психического развития ребёнку трудно регулировать своё поведение, осознавать ошибки, планировать действия и удерживать внимание на инструкции взрослого.

#### Нейропсихологические особенности

У детей с ЗПР и СДВГ отмечается недостаточная зрелость лобных отделов головного мозга, отвечающих за произвольное внимание, контроль, планирование и регуляцию поведения.

Для таких детей характерно:

- замедленное формирование высших психических функций (внимание, память, мышление, речь);
- несбалансированность процессов возбуждения и торможения;
- слабое развитие механизмов внутреннего контроля и самоорганизации.

Это приводит к тому, что ребёнку трудно сосредоточиться, долго удерживать внимание, подчинять свои действия поставленной цели. При этом интеллектуальный потенциал может быть сохранён, но проявляется не в полной мере из-за недостаточного развития регуляторных функций.

## Типы СДВГ

1. Смешанный тип — сочетаются гиперактивность и дефицит внимания (наиболее частый вариант у детей с ЗПР).
2. Преимущественно невнимательный тип — ребёнок спокоен, но рассеян, медлителен, не может сосредоточиться на задании.
3. Преимущественно гиперактивный тип — выражена чрезмерная двигательная активность и импульсивность.

## Значение коррекционной работы

Коррекционная работа с детьми, имеющими СДВГ и ЗПР, направлена на:

- развитие произвольного внимания и памяти;
- формирование навыков самоконтроля и саморегуляции;
- обучение планированию и организации деятельности;
- развитие эмоциональной устойчивости и уверенности в себе;
- формирование положительной учебной мотивации.

Нейропсихологическая коррекция строится на принципах поэтапного формирования психических функций (А. Р. Лурия, Л. С. Цветкова, А. В. Семенович). Основу составляют двигательные, ритмические и игровые упражнения, направленные на активацию взаимодействия между различными зонами мозга и формирование новых связей.

Регулярная и целенаправленная работа способствует снижению двигательной расторможенности, улучшению внимания и памяти, развитию речи, нормализации эмоционального состояния ребёнка.

## Психолого-педагогическое значение

Период младшего школьного возраста — ключевой этап социализации и интеллектуального развития ребёнка с ЗПР. В это время

формируются учебная мотивация, навыки общения, произвольность поведения и ответственности.

При отсутствии коррекционной помощи дети с СДВГ и ЗПР испытывают серьёзные трудности:

- не справляются с учебной нагрузкой;
- быстро теряют интерес к занятиям;
- часто вступают в конфликты со сверстниками и взрослыми;
- проявляют тревожность, неуверенность, низкую самооценку.

Поэтому своевременная диагностика и коррекция СДВГ у детей с ЗПР является необходимым условием успешного обучения, социальной адаптации и сохранения психического здоровья ребёнка.

При правильно организованной системе помощи проявления СДВГ у таких детей постепенно ослабевают, а к 10–11 годам возможно формирование устойчивого самоконтроля и произвольного поведения.

Программа составлена с учётом:

Федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья (ФГОС НОО ОВЗ, 2021);

Концепции духовно-нравственного развития и воспитания личности гражданина России (2009);

Программы коррекционной работы в образовательной организации.

Продолжительность реализации: 6 недель (12 занятий).

Возраст детей: 7–10 лет.

Форма организации: групповые коррекционно-развивающие занятия.

Авторы-составители: педагог-дефектолог.

Цель и задачи программы

Цель:

Коррекция нарушений внимания и развитие произвольности психических

процессов у детей младшего школьного возраста с ЗПР, способствующих успешной адаптации к учебной деятельности.

Задачи:

1. Развивать устойчивость, переключаемость, распределение и концентрацию внимания.
2. Формировать навыки произвольного поведения и самоконтроля.
3. Развивать познавательные процессы: память, восприятие, мышление.
4. Корректировать импульсивность, повышать уровень саморегуляции.
5. Снижать эмоциональную напряжённость, тревожность.

Формировать положительную учебную мотивацию и уверенность в собственных возможностях.

Принципы реализации программы

Индивидуализация — учёт особенностей психического развития каждого ребёнка.

Системность — последовательное воздействие на взаимосвязанные психические функции.

Игровой подход — использование игровой деятельности как ведущей для младшего школьного возраста.

Коррекционно-развивающий характер — направленность не только на устранение нарушений, но и на развитие личностного потенциала.

Психологическая комфортность — создание ситуации успеха и позитивной мотивации.

Возраст детей: предлагаемый курс включает в себя цикл коррекционных занятий, который предназначен для детей младшего школьного возраста — 7 - 10 лет, которые ведет педагог-дефектолог.

Сроки реализации программы: программа рассчитана на 12 занятий.

Режим занятий: занятия проводятся 2 раза в неделю в течении 30 - 40

Формы реализации: индивидуальные и групповые коррекционные занятия в форме игровой терапии.

Программа направлена на коррекцию как основных проявлений синдрома дефицита внимания и гиперактивности (гиперактивность, импульсивность, нарушения концентрации внимания), так и вторичных трудностей, которые нередко сопровождают данное состояние: нарушения координации движений, эмоциональной неустойчивости, трудностей во взаимодействии со сверстниками и взрослыми. Программа учитывает индивидуальные особенности развития детей и зависит от типа СДВГ.

В содержание программы включены разнообразные виды упражнений, ориентированные на развитие произвольности, самоконтроля, эмоциональной регуляции и межполушарного взаимодействия.

#### 1. Растяжки (упражнения на нормализацию мышечного тонуса)

Основная цель — оптимизация мышечного тонуса, что является одной из важнейших задач нейропсихологической коррекции. Любые отклонения от нормального тонуса отражаются на психической активности ребёнка.

При гипотонусе наблюдается сниженная активность, эмоциональная вялость, недостаточная мотивация и слабость волевых усилий.

При гипертонусе проявляются двигательное беспокойство, повышенная возбудимость, эмоциональная нестабильность и нарушения сна.

Упражнения на растяжку способствуют снятию зажимов, формированию телесного комфорта и стабилизации психоэмоционального состояния.

#### 2. Дыхательные упражнения

Используются для выравнивания общего ритма организма, тренировки саморегуляции и внимания. Нарушение биоритмов (ритма дыхания, сердечной деятельности, мозговой активности) приводит к дезорганизации психических процессов. Регулярные дыхательные упражнения помогают нормализовать внутренний ритм, снижают тревожность и улучшают концентрацию внимания.

### 3. Глазодвигательные упражнения

Направлены на расширение поля зрения, развитие зрительного восприятия и координации. Такие упражнения способствуют улучшению способности удерживать внимание при зрительном восприятии и ускоряют процессы чтения и письма.

### 4. Коррекционные упражнения для тела и пальцев рук

Эти упражнения способствуют развитию межполушарного взаимодействия, снятию мышечных зажимов и активации зон мозга, ответственных за речь и контроль поведения. Развитие тонкой моторики тесно связано с активностью лобных долей, отвечающих за формирование саморегуляции и внутренней речи.

### 5. Функциональные упражнения

Включают игровые и когнитивные задания, направленные на:  
развитие произвольного внимания и самоконтроля;  
снижение проявлений гиперактивности и импульсивности;  
коррекцию проявлений гнева и агрессии.

### 6. Коммуникативные упражнения

Парные и групповые игры способствуют развитию социальных навыков, умения договариваться, учитывать позицию других участников. Занятия формируют навыки сотрудничества, развивают эмпатию и социальную адаптацию.

### 7. Релаксационные упражнения

Применяются для снятия психомышечного напряжения, обучения приёмам саморасслабления и восстановления эмоционального равновесия. Используются дыхательные, телесные и визуальные техники, направленные на создание состояния внутреннего покоя.

В ходе коррекционных занятий применяются методики и упражнения, разработанные отечественными и зарубежными специалистами: Б. А. Архиповым, Е. А. Воробьевой, И. Г. Выгодской, Т. Г. Горячевой, В. И. Зуевым, Н. В. Ключевой, Е. К. Лютовой, Г. Б. Мониной, Е. В. Пеллингер, А. Ремеевой, А. Л. Сиротюк, А. С. Сиротюк, А. С. Султановой, Л. П. Успенской, К. Фоппелем и др.

#### Организация занятий

Наиболее продуктивной формой работы с ребёнком, проявляющим симптомы СДВГ, является индивидуальное взаимодействие со специалистом.

В индивидуальном формате дети более сосредоточены, допускают меньше ошибок и легче принимают помощь взрослого. На этом этапе формируются базовые навыки саморегуляции и взаимодействия.

Длительность индивидуальной работы определяется особенностями ребёнка и характером нарушений. В ряде случаев индивидуальные и групповые формы коррекции проводятся параллельно.

Продолжительность продуктивной деятельности гиперактивных детей, как правило, не превышает 10–15 минут. Это связано с особенностями нейродинамики: через 5–10 минут активной работы у ребёнка снижается концентрация внимания, и ему требуется короткий «отдых» (3–7 минут) для восстановления работоспособности.

Во время занятий важно не ограничивать двигательную активность ребёнка — он может работать стоя, сидя на полу или двигаясь, если при этом сохраняет внимание к выполняемому действию.

#### Принципы подбора упражнений

При выборе игр и заданий педагог-психолог учитывает следующие особенности детей с СДВГ и ЗПР:

- необходимость наглядности (демонстрация действий, использование моделей, этюдов, игровых ситуаций);
- дефицит внимания и трудности сосредоточения;
- импульсивность и повышенную двигательную активность;
- затруднения в следовании правилам и инструкциям;
- быструю утомляемость;
- сложности в ожидании своей очереди и учёте интересов других.

Этапы включения ребёнка в коллективную деятельность

Индивидуальный этап — формирование базовых навыков поведения, самоконтроля и взаимодействия со взрослым.

Подгрупповой этап — участие в играх и упражнениях с 2–3 детьми.

Групповой этап — включение в коллективные формы деятельности и игры.

Для успешной коррекционной работы с детьми с СДВГ особое значение имеет четкая, стабильная структура занятий. Повторяемость этапов, постоянное расположение материалов и предметов создают у ребёнка ощущение предсказуемости и безопасности, что способствует формированию произвольности, самоконтроля и уверенности в своих действиях.

Неизменность ритуалов, правил и временного распорядка помогает детям удерживать внимание и постепенно вырабатывать внутренние механизмы саморегуляции.

Коммуникативные упражнения

Система коммуникативных упражнений строится поэтапно и направлена на развитие способности взаимодействовать с другими,

понимать эмоции и намерения партнёров, а также выражать собственные чувства социально приемлемыми способами.

Индивидуальные упражнения  
Содействуют восстановлению контакта ребёнка с собственным телом, развитию осознанности движений, невербальному выражению эмоций и состояний.

Парные упражнения  
Помогают ребёнку учиться «открываться» партнёру, развивать способность чувствовать и понимать другого человека, выстраивать позитивное взаимодействие.

Групповые упражнения  
Формируют навыки сотрудничества, взаимопомощи, участия в совместной деятельности. Через игру и групповое взаимодействие дети осваивают нормы поведения и коммуникативные роли.

Упражнения на визуализацию и релаксацию

Упражнения визуализационного характера развивают способность создавать внутренние образы — зрительные, слуховые, тактильные, обонятельные и кинестетические. Этот процесс активизирует работу обоих полушарий мозга, способствует развитию мозолистого тела и улучшению взаимодействия между ними.

Занятия с элементами визуализации часто проводятся с закрытыми глазами, чтобы усилить концентрацию внимания и воображение. Релаксационные практики используются в начале (для настройки) или в конце занятия (для закрепления приобретённого опыта).

Этап интеграции включает:

телесную интеграцию (самонаблюдение, осознание ощущений);

двигательную интеграцию (невербальное выражение опыта);

вербальную интеграцию (обсуждение и рефлексия).

Такая последовательность помогает ребёнку осмыслить и закрепить полученные навыки.

Во время релаксации рекомендуется использовать спокойную мелодичную музыку, способствующую расслаблению. Если одна и та же мелодия сопровождает определённый ритуал, со временем у ребёнка вырабатывается условная реакция на расслабление при первых звуках музыки.

#### Система поощрений и ограничений

Эффективность коррекционного процесса во многом определяется грамотно выстроенной системой поощрений и санкций, которая обсуждается с детьми на первых занятиях.

Наказания могут иметь игровой характер: временное выбывание из игры («скамья запасных»), лишение лидерской роли и др.

Поощрения включают похвалу, символические призы, выбор любимой мелодии для релаксации или возможность быть ведущим.

#### Приёмы организации поведения гиперактивных детей

В работе с детьми с СДВГ эффективно использование следующих педагогических приёмов:

Назначение гиперактивного ребёнка на роль помощника (дежурного, ведущего игры, ассистента психолога) — это формирует ответственность и повышает самооценку.

Использование часов или таймера, когда ребёнок выполняет функции «хранителя времени», контролируя продолжительность этапов.

Применение ритмичных упражнений и музыкальных композиций с чередованием активных и паузных отрезков, помогающих регулировать уровень возбуждения.

#### Примерная структура занятия

Растяжка — 4–5 минут (снятие мышечного напряжения, нормализация тонуса).

Дыхательные упражнения — 3–4 минуты (регуляция ритма, развитие самоконтроля).

Глазодвигательная гимнастика — 3–4 минуты (улучшение зрительного восприятия).

Упражнения для мелкой моторики — 5–8 минут (активация межполушарного взаимодействия, развитие речи).

Функциональные, коммуникативные и когнитивные упражнения — 10–15 минут (развитие внимания, произвольности, коррекция поведения, управление эмоциями).

Релаксация — 4–5 минут (снятие усталости, интеграция полученного опыта).

Контрольный этап программы

Контрольный этап направлен на оценку эффективности проведённой работы и динамику развития ребёнка.

В ходе анализа отслеживаются достижения по следующим направлениям:

формирование аккуратности и самоорганизации;

развитие способности планировать действия и доводить начатое до конца;

формирование чувства ответственности за поступки;

развитие навыков речевого и эмоционального самоконтроля;

повышение уровня уважительного отношения к другим людям;

укрепление адекватной самооценки, уверенности в собственных силах;

развитие внимания (устойчивости, переключаемости, распределения);

совершенствование психомоторных и регуляторных функций.

Структура и содержание программы

Формы и методы работы

Игровые методы: игры с правилами, ролевые и подвижные игры;

Психогимнастика и дыхательные упражнения;

Арт-терапия (рисование, песочная терапия, коллаж);

Методы биологической обратной связи (БОС) (при наличии оборудования);

Психотехнические упражнения на внимание, память, самоконтроль;

Беседы и обсуждения ситуаций поведения, моральных выборов;

Рефлексивные техники («Светофор настроения», «Как я сегодня работал?»).

Ожидаемые результаты

К концу реализации программы предполагается:

увеличение объёма и устойчивости внимания;

повышение уровня произвольности и самоконтроля;

снижение импульсивности и двигательной расторможенности;

улучшение учебной мотивации и успешности;

положительная динамика по данным психодиагностических методик.

7. Диагностический инструментарий

Методы первичной и итоговой диагностики:

Методика «Корректирующая проба» (Бурдон–Анфимов);

Тест внимания Пьерона–Рузера;

Методика «Домики» (для исследования устойчивости внимания);

Шкала тревожности Филлипса;

Наблюдение за поведением на занятиях;

Анкетирование педагогов и родителей.

Формы подведения итогов

Аналитический отчёт по результатам диагностики;

Индивидуальные карты динамики развития;

Консультирование родителей и педагогов.

Материально-техническое обеспечение

Набор карточек с заданиями на внимание;

Раздаточный материал (цветные фигуры, картинки, таблицы);

Песочная терапевтическая установка;

Аудиозаписи для релаксации;

Бумага, карандаши, фломастеры, краски.

Календарно-тематический план (6 недель / 12 занятий)

№	Тема	Цель	Основные упражнения
1	Знакомство. Что такое внимание	Формирование контакта, диагностика внимания	Игра «Имя и движение», дыхание «Свеча»
2	Учимся слушать и действовать	Развитие произвольного внимания	«Слушай сигнал», «Да- нет-не знаю»
3	Мое тело и движение	Развитие координации движений	Растяжка «Кошка-собака», «Замри»
4	Волшебные глаза	Развитие зрительного восприятия	«Следи за карандашом», «Змейка глазами»
5	Поймай внимание	Развитие концентрации внимания	«Что изменилось?», «Шифровка»
6	Делаем всё точно	Формирование самоконтроля	«Повтори по образцу»
7	Учимся спокойно ждать	Развитие волевой регуляции	«Не торопись», «Светофор поведения»

8	Внимание и движение	Координация зрительно-моторных действий	«Лови мяч по сигналу», «Кулак–ребро–ладонь»
9	Учимся общаться	Развитие коммуникативных навыков	«Зеркало», «Паутинка дружбы»
10	Мои эмоции	Эмоциональная саморегуляция	«Термометр эмоций», дыхание «Шар»
11	Собираем внимание вместе	Интеграция навыков внимания	«Самый внимательный», «Звуки и жесты»
12	Итоговое занятие	Закрепление и диагностика динамики	Арт-терапия «Я стал внимательным»

Методические рекомендации педагогу-дефектологу

### 1. Организационные рекомендации

Режим занятий: 2 раза в неделю по 30–40 минут; возможны дополнительные индивидуальные встречи (10–15 минут) для закрепления навыков.

Групповая работа: оптимально 4–6 детей с близким уровнем развития внимания и саморегуляции.

Помещение: тихое, хорошо освещённое, без отвлекающих факторов; желательно наличие коврика для подвижных игр и зоны релаксации.

Структура каждого занятия:

Вступление, настрой (5 мин) — приветствие, обсуждение самочувствия, актуализация настроения.

Основная часть (25–30 мин) — упражнения на развитие внимания, памяти, произвольности, эмоциональной регуляции.

Завершение и рефлексия (5 мин) — подведение итогов, самооценка, прощание.

## 2. Методические приёмы и техники

### 2.1. Развитие внимания

«Найди отличия» — предъявление двух схожих картинок с мелкими различиями; развивает зрительное внимание, контроль и сравнение.

«Что изменилось?» — наглядный материал, из которого удаляются или меняются детали; тренирует наблюдательность.

«Цепочка слов/чисел» — повторение серий, развитие слуховой концентрации.

«Запрещённое слово» — ребёнок должен избегать произнесения определённого слова, что формирует тормозные процессы.

### 2.2. Развитие саморегуляции

Психогимнастика — упражнения на торможение двигательной активности («Замри», «Стоп-сигнал»).

«Светофор поведения» — ребёнок обозначает своё состояние карточками (красный — «стоп», жёлтый — «осторожно», зелёный — «можно»).

Тренинг произвольности — действия по сложной инструкции: «Выполни наоборот», «Не повторяй ошибку».

Игра «Не торопись!» — развитие терпения, контроль импульсивности.

### 2.3. Эмоционально-волевая сфера

Дыхательные упражнения:

«Кораблик» — выдыхание на лёгкий предмет на воде;

«Надуй шар» — глубокий вдох и плавный выдох для снятия возбуждения.

Арт-терапия:

«Моё настроение» — выбор цвета, соответствующего внутреннему состоянию;

«Моё дерево успеха» — символическое изображение достижений ребёнка.

Песочная терапия (при наличии оборудования) — моделирование ситуаций успеха, формирование уверенности.

#### 2.4. Коммуникативное развитие

«Паутинка дружбы» — бросание клубка с пожеланиями; сплачивает группу.

«Зеркало эмоций» — ребёнок повторяет выражения лица ведущего.

«Мир-дружба» — групповое рисование общего коллажа.

#### 2.5. Техники релаксации

«Облака» — воображаемое путешествие по небу, визуализация.

«Тихое место» — закрытые глаза, представление безопасного пространства.

Мышечная релаксация по Джекобсону (в игровой форме): «сжали — расслабили», «деревянные — тряпичные».

### 3. Методические советы

Использовать положительное подкрепление (похвала, жетоны успеха, «Сертификаты внимательности»).

В начале каждого занятия — короткий ритуал приветствия (например, «ладошка-привет»).

Важно создавать ситуацию успеха: даже незначительное продвижение должно фиксироваться и подкрепляться.

Обязательно согласовывать коррекционную работу с учителями и родителями, чтобы переносить выработанные навыки в повседневную жизнь.

В конце курса рекомендуется провести родительское собрание-консультацию с демонстрацией достижений детей.

Критерии оценки эффективности программы

Эффективность программы оценивается по динамике развития внимания, саморегуляции, эмоциональной устойчивости и поведенческих проявлений детей.

Оценка проводится трижды: на начальном, промежуточном и итоговом этапах.

#### Критерии оценки эффективности программы

Направление	Критерий	Методы диагностики	Ожидаемый результат
Внимание	Устойчивость и переключаемость	Коррекционная проба	Повышение концентрации внимания
Самоконтроль	Регуляция действий	Наблюдение, упражнения	Снижение импульсивности
Эмоции	Эмоциональная устойчивость	Методика Филлипса	Снижение тревожности
Коммуникация	Навыки взаимодействия	Социометрия	Развитие сотрудничества

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Выготский, Л. С. Проблемы детской психологии. — Москва: Педагогика, 2021. — 312 с.
2. Лурия, А. Р. Основы нейропсихологии. — Москва: Академия, 2019. — 384 с.

3. Семаго, Н. Я., Семаго, М. М. Диагностика и коррекция нарушений психического развития у детей. — Москва: ВЛАДОС, 2020. — 256 с.
4. Лебединская, К. С., Никольская, О. С. Задержка психического развития у детей. — Москва: Просвещение, 2018. — 240 с.
5. Баранов, А. А., Волкова, Е. В. Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей. — Санкт-Петербург: Речь, 2020. — 198 с.
6. Федеральный государственный образовательный стандарт начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья (утв. приказом Минпросвещения РФ от 31.05.2021 № 287).
7. Беспалько, В. П. Коррекционно-развивающая работа с детьми с ЗПР. — Москва: Академический проект, 2019. — 224 с.
8. Ковалева, Г. С. Игровая терапия и коррекционные игры для младших школьников. — Москва: Генезис, 2022. — 176 с.
9. Семенович, А. В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. — Москва: Академия, 2020. — 288 с.
10. Цветкова, Л. С. Нейропсихологическая реабилитация детей. — Москва: Смысл, 2019. — 240 с.
11. Лебединская, К. С., Филиппова, Г. Г. Психологическая диагностика нарушений развития у детей. — Москва: МПСИ, 2020. — 256 с.
12. Сиротюк, А. Л. Психофизиология детского возраста и основы нейропсихологии. — Москва: Владос, 2021. — 280 с.
13. Никольская, О. С., Баенская, Е. Р. Проблемные дети: психолого-педагогическая помощь. — Москва: Теревинф, 2019. — 320 с.
14. Корнев, А. Н. Нарушения письма и чтения у детей. — Санкт-Петербург: Питер, 2018. — 352 с.
15. Холмогорова, А. Б., Михайлова, Н. В. Психологическая помощь детям с трудностями в обучении. — Москва: Юрайт, 2022. — 276 с.

16. Баранов, А. А. Психокоррекция и психопрофилактика в работе школьного психолога. — Москва: Академический проект, 2021. — 200 с.

17. Слепович, Е. Н. Коррекционно-развивающая педагогика: методика работы с детьми с ЗПР. — Минск: Вышэйшая школа, 2020. — 248 с.

18. Лазарева, И. А. Игровые методы коррекции внимания и памяти младших школьников. — Москва: Владос, 2022. — 180 с.

19. Рубинштейн, С. Л. Основы общей психологии. — Москва: Питер, 2021. — 708 с.

20. Шадриков, В. Д. Психология деятельности и способности человека. — Москва: Логос, 2020. — 384 с.

#### ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Методическое описание комплекса занятий педагога-дефектолога, направленного на развитие внимания, моторики, коммуникативных навыков и эмоционального самоконтроля у детей:

##### 1. Игра «Имя и движение»

Цель: развитие внимания, зрительной и слуховой памяти, навыков самопрезентации.

Описание: Дети сидят в кругу. Первый ребенок называет свое имя и выполняет движение (например, хлопок, прыжок, наклон).

Следующий повторяет имя и движение предыдущего, добавляет свое.

Игра продолжается до последнего участника.

Методические приемы: стимулирование зрительной и двигательной памяти; можно усложнить, добавив ритм или музыкальный фон.

##### 2. Дыхательное упражнение «Свеча»

Цель: развитие навыков контроля дыхания, релаксация.

Описание: Ребенок «зажигает» воображаемую свечу, затем медленно «задувают» ее, делая плавный длительный выдох.

Методические приемы: можно использовать настоящую свечу или изображение на экране; важно следить за плавностью выдоха.

### 3. Игра «Слушай сигнал»

Цель: развитие слухового внимания и самоконтроля.

Описание: Педагог дает сигналы (хлопок, свисток, фраза), каждый из которых связан с определенным действием (прыжок, приседание, замереть).

Методические приемы: постепенно усложнять задания, увеличивая количество сигналов, вводя «провокационные» сигналы.

### 4. Упражнение «Да–нет–не знаю»

Цель: развитие слухового восприятия и умения использовать внутреннюю тормозную реакцию.

Описание: Педагог задает вопросы, на которые ребенок должен отвечать, но запрещается говорить «да», «нет» и «не знаю».

Например: «Ты любишь яблоки?» — «Конечно».

Методические приемы: фиксировать паузы, стимулировать ребенка думать перед ответом.

### 5. Растяжка «Кошка–собака»

Цель: развитие гибкости позвоночника, моторного контроля.

Описание: Ребенок в позиции на четвереньках: прогибается (как «собака») и выгибает спину (как «сердитая кошка»).

Методические приемы: сопровождать движениями дыхания: прогиб — вдох, изгиб — выдох.

### 6. Игра «Замри»

Цель: развитие самоконтроля, произвольной регуляции.

Описание: Под музыку дети двигаются, когда музыка прекращается — замирают.

Методические приемы: менять темп музыки, использовать сложные позы для фиксации.

### 7. Упражнение «Следи за карандашом»

Цель: тренировка глазодвигательных функций и концентрации.

Описание: Ребенок следит глазами за движущимся карандашом в

руках педагога (вверх, вниз, по диагонали, по кругу).  
Методические приемы: просить не двигать головой, усложнять траектории.

#### 8. Упражнение «Змейка глазами»

Цель: укрепление глазодвигательных мышц, улучшение зрительного поиска.

Описание: Ребенок глазами отслеживает воображаемую «змейку», которая движется извиваясь в разных направлениях.

Методические приемы: можно использовать нарисованную линию или указку.

#### 9. Игра «Что изменилось?»

Цель: развитие зрительного внимания и памяти.

Описание: На столе стоят предметы. Ребенок их рассматривает.

Педагог закрывает глаза ребенка, меняет положение или число предметов. Ребенок должен определить, что изменилось.

Методические приемы: увеличивать количество предметов, усложнять расстояния, использовать разные виды объектов.

#### 10. Игра «Шифровка»

Цель: развитие навыков кодирования информации и логического мышления.

Описание: Педагог задает детям простой шифр (к примеру: квадрат = 1 хлопок; круг = 2 хлопка). Дети должны декодировать сообщение или сами составить шифр.

Методические приемы: усложнять систему кодирования.

#### 11. Задание «Повтори по образцу»

Цель: развитие концентрации, зрительной памяти и моторного планирования.

Описание: Педагог дает ребенку узор из палочек, фигур или движений, который ребенок должен повторить.

Методические приемы: усложнение образцов, добавление времени на выполнение.

#### 12. Упражнение «Не торопись»

Цель: тренировка самоконтроля, работа с импульсивностью.

Описание: Ребенку предлагают выполнить знакомое действие (например, хлопок) только после сигнала. Кто делает раньше — выбывает.

Методические приемы: вводить провокационные сигналы или фразы.

#### 13. Упражнение «Светофор поведения»

Цель: воспитание навыков рефлексии и контроля поведения.

Описание: Используются карточки светофора. Красный — остановись, желтый — подумай, зеленый — действуй. Ребенок обсуждает свое поведение и учится контролировать эмоциональные реакции.

Методические приемы: привязывать к реальным ситуациям.

#### 14. Игра «Лови мяч по сигналу»

Цель: развитие моторных реакций и внимания.

Описание: Педагог кидает мяч только после определенного сигнала (например, «лови!»); другой сигнал — «стой!» означает, что мяч ловить нельзя.

Методические приемы: вводить дополнительные сигналы, менять темп.

#### 15. Упражнение «Кулак–ребро–ладонь»

Цель: развитие координации движений, последовательных моторных программ.

Описание: Ребенок последовательно кладет руку на стол (ладонь, кулак, ребро ладони). Постепенно ускоряет движение.

Методические приемы: делать сначала одной рукой, потом двумя, добавлять речевой ритм.

#### 16. Игра «Зеркало»

Цель: развитие навыков самопознания и эмпатии.

Описание: Два ребенка — один делает движения, другой их зеркально повторяет.

Методические приемы: менять роли, добавлять элементы мимики.

#### 17. Упражнение «Паутинка дружбы»

Цель: развитие навыков общения и сплоченности в группе.

Описание: Дети сидят в кругу. Педагог передает клубок ниток ребенку, который держит конец и называет доброе качество соседа, затем передает дальше.

Методические приемы: в конце можно посмотреть на получившуюся «паутинку» и обсудить ценность дружбы.

#### 18. Упражнение «Термометр эмоций»

Цель: развитие эмоционального интеллекта.

Описание: Используется вертикальная шкала (от «спокойно» до «очень злюсь»), ребенок оценивает свой эмоциональный настрой.

Методические приемы: обсуждения, образы, способы «охлаждения» эмоций.

#### 19. Дыхание «Шар»

Цель: развитие дыхательного контроля, релаксация.

Описание: Ребенок воображает, что в животе на вдохе надувается воздушный шар, а на выдохе сдувается.

Методические приемы: сопровождение мысленными образами, можно использовать мягкий мяч.

#### 20. Игра «Самый внимательный»

Цель: развитие избирательного внимания.

Описание: Ведущий быстро показывает предметы или карточки, ребенок должен назвать только те, что относятся к заданной категории.

Методические приемы: уменьшение времени показа, усложнение выбора.

## 21. Игра «Звуки и жесты»

Цель: развитие слухового внимания и невербального общения.

Описание: Один ребенок издает звук, другой отвечает жестом или наоборот.

Методические приемы: вводить разные виды звуков, выполнять в группе.

## 22. Арт-терапия «Я стал внимательным»

Цель: осознание личного прогресса, развитие самопринятия и креативности.

Описание: Ребенок рисует себя «внимательным»: в образе, в действии, в ситуации успеха. Обсуждение рисунка закрепляет мотивацию.

Методические приемы: можно проводить в паре, использовать коллаж, смешанную технику.