

**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**

**высшего образования**

**«ЮЖНО-УРАЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ГУМАНИТАРНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

**(ФГБОУ ВО «ЮУрГГПУ»)**

**ФАКУЛЬТЕТ ЗАОЧНОГО ОБРАЗОВАНИЯ И ДИСТАНЦИОННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ**

**КАФЕДРА ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ**

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДОВ КОРРЕКЦИИ В ОБУЧЕНИИ ДОШКОЛЬНИКОВ С СИНДРОМОМ  
ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ**

**Выпускная квалификационная работа  
по направлению 44.03.03 Специальное (дефектологическое) образование**

код, направление

**Направленность программы бакалавриата/магистратуры**

**«Психолого-педагогическая реабилитация лиц с ограниченными возможностями здоровья»**

Выполнил (а):

Работа допущена к защите

Студент (ка) группы ЗФ-309-170-2-13л

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Фамилия Имя Отчество

зав. кафедрой ОТиДО

Петрова Влада Владимировна

(название кафедры)

Научный руководитель:

\_\_\_\_\_ Беликов В.А.

уч. степень, должность

д.м.н., проф, Антипанова Н. А.

**Челябинск 2016**

## Содержание

Введение.....	3
Глава 1. Теоретические основы проблемы синдрома дефицита внимания с гиперактивностью	
1.1. Понятие синдрома дефицита внимания с гиперактивностью в научной литературе.....	7
1.2. Причины возникновения синдрома дефицита внимания с гиперактивностью .....	16
1.3. Проявления синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей .....	23
1.4. Формы и методы работы с детьми с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью.....	35
Глава 2. Практическое изучение эффективности методов коррекции синдрома дефицита внимания с гиперактивностью	
2.1. Цели, задачи и организация исследования.....	41
2.2 Результаты констатирующего этапа исследования.....	49
2.3. Содержание коррекционно-развивающей работы на формирующем этапе исследования.....	56
2.4. Количественный и качественный анализ результатов коррекции синдрома дефицита внимания с гиперактивностью .....	71
Заключение.....	78
Список литературы.....	80
Приложения	

## Введение

Для современного мира одной из важных проблем становится факт прогрессирующего количества детей с такой формой пограничного психического состояния как синдром дефицита внимания с гиперактивностью. К концу XX века СДВГ стал не только медицинским диагнозом, соответствуя всем составляющим дефиниции «болезни» по определению ВОЗ, но и превратился в актуальную медико-социальную проблему, решением которой занимаются педиатры, неврологи, психиатры, психотерапевты, психологи, педагоги. Ухудшение физического и психического здоровья детей в результате воздействия нарушенных общественных, моральных норм и правил, проблем экономики и экологии привело к высокому распространению данного психического состояния. Современные дети подвержены негативному влиянию окружения почти «на каждом шагу», что и предопределяет их будущее с массой проблем.

Синдром дефицита внимания и гиперактивности является одной из распространенных форм нейропсихологических нарушений у детей, сопровождающихся задержкой развития систем мозга, обеспечивающих формирование высших психических функций, таких как внимание, память, восприятие, письменная и устная речь. Этиопатогенез данного синдрома изучается. Выясняется роль средовых, психосоциальных факторов в развитии синдрома дефицита внимания и гиперактивности. Установлена генетическая составляющая – нарушение нейромедиаторного обмена и, в частности, мутация гена рецептора, переносчика дофамина Д4, ДАТ1.

Дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью находятся в группе высокого риска по возникновению асоциальных состояний, психопатологических расстройств. Следует отметить, что синдром дефицита внимания и гиперактивности наблюдается не только у детей и подростков, но сохраняется и у взрослых. Термин, обозначающий этот синдром, был выделен в начале 80-х годов из более широкого понятия «минимальной

мозговой дисфункции», в основе которой лежит минимальное повреждение мозга. Формирование антисоциального поведения у значительной части детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью, в свою очередь является одним из самых серьезных факторов риска злоупотребления алкоголем и наркотиками. В многочисленных исследованиях было показано, что высокий риск алкоголизма и наркомании у детей и взрослых с СДВГ опосредуется антисоциальным поведением. Следует отметить, что антисоциальное поведение формируется у 25-50% детей с СДВГ и при отсутствии коррекционно-развивающей работы и психолого-педагогической поддержки переходит в антисоциальное расстройство личности во взрослом возрасте (Н.Н. Заваденко). На основании вышеизложенного, СДВГ является благодатной почвой, на которой у ребенка может сформироваться (или не сформироваться) антисоциальное поведение. Таким образом, актуальность проблемы состоит в ее большой социальной значимости, так как количество детей с данным синдромом, на сегодняшний день растет в алгебраической прогрессии. В то же время, теоретические разработки новых коррекционно-педагогических технологий по профилактике формирования антисоциального поведения при синдроме дефицита внимания с гиперактивностью требуют дальнейшего изучения и экспериментальной и практической проверки. Соответственно значительный научно-практический интерес представляют именно факторы, предопределяющие или напротив предотвращающие развитие девиантных форм поведения у детей с симптомами СДВГ.

Необходимость целенаправленного изучения определила проблему нашего исследования: обосновать положительное влияние внедрения определенных методов коррекции синдрома дефицита внимания с гиперактивностью в психолого-педагогическую работу с детьми в процессе обучения.

Цель исследования – проверить экспериментальным путем эффективность методов коррекции синдрома дефицита внимания с гиперактивностью.

Объект исследования: психологические особенности развития детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью.

Предмет исследования: содержание работы по коррекции у детей синдрома дефицита внимания с гиперактивностью в условиях ДОУ.

Гипотеза исследования: при внедрении в социально-педагогическую деятельность коррекционно-развивающей работы у детей снижается вероятность проявления синдрома дефицита внимания с гиперактивностью.

Задачи исследования:

- Выявить причины возникновения синдрома дефицита внимания с гиперактивностью.
- Раскрыть особенности проявления синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей.
- Определить уровень психического развития детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью.
- Разработать и апробировать на практике коррекционно-развивающую работу по коррекции синдрома дефицита внимания с гиперактивностью.

Для решения поставленных цели и задач исследования, проверки выдвинутой гипотезы, использовались следующие методы: изучение и теоретическое обобщение научных материалов из специальной психологии и коррекционной педагогики, а также медицинской и психолого-педагогической литературы по проблеме исследования, психодиагностический метод, разработка и реализация программы констатирующего психологического исследования с элементами коррекционного обучения, количественный и качественный анализ результатов, их обобщение.

Теоретико-методологическую основу исследования составили: положения о единстве речевого и психического развития, комплексном подходе к их изучению (Л.С. Выготский, А.А. Леонтьев, А.Н. Леонтьев, А.Р.Лурия, С.Л. Рубинштейн и др.); концепция патопсихологического синдрома, разработанная Б.В. Зейгарник, И.А. Кудрявцевым и соавт., В.М.Блейхером и соавт; системный подход, разработанный Б.Ф. Ломовым; технологии оценки психического развития ребенка, разработанные, Е.А.Стребелевой и соавт., Н.Я. Семаго и соавт., и их принципы качественно-количественного представления, предложенные Л.И. Вассерманом и соавт. и Ж.М. Глозман и соавт.

Теоретическая и практическая значимость исследования.

Выполнено комплексное системное исследование особенностей проявлений у детей синдрома дефицита внимания с гиперактивностью. Выявлена педагогическая значимость профилактики антисоциального поведения у детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью. Теоретически и экспериментально обоснована эффективность коррекционно-развивающей работы с детьми в условиях ДОУ. Результаты исследования могут быть использованы в психолого- педагогической и коррекционной деятельности в детских образовательных учреждениях, а также в научных разработках коррекционно-педагогической направленности.

Выводы исследования представлены в сборнике материалов XLIII Международной научно-практической конференции г. Новосибирск, 13 апреля 2015 г.

Структура работы: выпускная квалификационная работа изложена на 98 страницах машинописного текста. Сюда входят: введение, 2 главы с выводами, заключение, список источников и приложения. Список источников состоит из 65 пунктов.

# **Глава 1. Теоретические основы проблемы синдрома дефицита внимания с гиперактивностью**

## **1.1. Понятие синдрома дефицита внимания с гиперактивностью в научной литературе**

Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) - один из достаточно новых диагнозов, который ставится детям со значительными проблемами в сфере внимания, импульсивностью и чрезмерной активностью. Дети с СДВГ представляют гетерогенную группу, которая отражает значительную вариабельность в степени выраженности и в ситуациональном размахе симптомов. Это расстройство является одним из самых распространенных нарушений психического здоровья в детском возрасте и одной из наиболее частых причин обращений родителей таких детей к специалистам в области психического здоровья.

История этого заболевания включает в себя более двух столетий клинических исследований и научных публикаций, что служит основой для концептуализации расстройства и его лечения. Одним из наиболее ранних клинических упоминаний о ребенке с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) считается описание, сделанное в 1798 году шотландским врачом сэром Александром Кричтоном. Описанный феномен он назвал “психическая неугомонность”. В 1845 году немецкий врач-психоневролог, к тому же и поэт, Генрих Хоффман в стихах охарактеризовал чрезвычайно подвижного ребенка, которого он назвал «Непоседа Фил». В 1902 году английский педиатр Георг Стил опубликовал серию лекций, в которых описал группу импульсивных детей с выраженными проблемами в поведении, не связанными с дурным воспитанием. Этот феномен он назвал «патологическое расстройство морального контроля» и заслуга, как первому автору, сфокусировавшему серьезное научное внимание на проявлениях поведенческих и других

отклонений у таких детей, которые очень близки к тому, что сейчас известно под СДВГ принадлежит ему.

Несмотря на большое количество публикаций, популярность исследования СДВГ в последние годы не имеет тенденции к снижению, а, наоборот, привлекает все больший интерес широкого круга специалистов. С одной стороны, это объясняется значительной распространенностью данного заболевания и высокой степенью социальной дезадаптации, возникающей на его фоне [62]

С рождения каждый человек является только частью окружающей природы и остается ею в течение нескольких первых лет жизни. Затем общение с окружающей социальной средой вносит свои изменения, которые все более и более углубляются с освоением языка. Язык в начале его освоения – это кодовое обозначение предметов окружающего нас мира. В процессе знакомства с разнообразными предметами и окружающими людьми одни из них нравятся нам больше, другие меньше. Предметы различаются своими свойствами (мягкий – жесткий, теплый – холодный, колкий – гладкий и т.д.) и люди тоже чем-то различаются, хотя в природе нет добра и зла, нет хорошего или плохого. Все эти категории привнесены исключительно человеком и, вероятно, это была та самая первая граница, которая отделила людей друг от друга, да и от природы. В социальном и психологическом плане деление на категории «плохой – хороший» производится исходя из сравнения со среднестатистической «нормальной» личностью. Психическое здоровье – совокупность установок, качеств и функциональных способностей, которые позволяют индивиду адаптироваться к среде. Это наиболее распространенное определение, хотя выработать универсальное, приемлемое для всех определение психического здоровья вряд ли возможно, так как практически нельзя свести воедино все взгляды на этот вопрос, сложившиеся в разных человеческих сообществах и культурах. Человек, значительно отклоняющийся от стандартов своего сообщества, рискует быть признанным психически больным.



Понятие «норма» настолько неопределенно и размыто, что его не берется определить ни один учебник психологии.

Неслучайно понятия «норма» и «здоровье» являются предметом многовековых изысканий ученых и философов. Еще Сократ сказал: «Здоровье – не всё, но всё без здоровья – ничто». Для понимания сущности здоровья и болезни очень важны категории свободы и необходимости. Не случайно, что Н.А. Бердяев, чья философия ставит свободу в центр системы ценностей, подчеркивал: полноценное существование индивида невозможно без свободы. И даже такой не похожий на него философ, как Карл Маркс, полемизируя в «Новой рейнской газете», высказал мысль о том, что болезнь — это стесненная в своей свободе жизнь (цит. по [29]).

Поэтому неудивительно, что центральными понятиями медицины служат понятия «здоровье» и «болезнь». Вряд ли можно со стопроцентной уверенностью утверждать, как писал Л.Е. Балашов (61), что здоровье – состояние тотальной упорядоченности и жесткой детерминации поведения элементов организма системными связями. Скорее, это свободная респонсивность организма, говоря словами Л. Гроте. «Здоров тот, кто может распорядиться своими возможностями», – писал А. Йорес.

В контексте изучения СДВГ, как и других пограничных расстройств, здоровье следует рассматривать как относительно совершенную и устойчивую форму жизнедеятельности, обеспечивающую экономичные оптимальные механизмы приспособления к окружающей среде и позволяющую иметь функциональный резерв, используемый для ее изменения. Учитывая роль мозаичности в работе живой многоуровневой системы, имеющей автономные программируемые элементы, не будет преувеличением сказать, что здоровье – это жизнедеятельность, минимально ограниченная в своей свободе. Под свободой в данном случае понимается в первую очередь свобода выбора способов, форм и масштабов реагирования. И это последнее крайне важно для психического здоровья человека.

В то же время представления о психической болезни различны в разных культурах и в разные времена внутри каждой культуры. Примером первого может служить тот факт, что многие племена индейцев, в отличие от большинства других американцев, считают галлюцинации нормальным явлением; пример второго – изменение отношения к гомосексуальности, которая когда-то рассматривалась как преступление, затем – как психическая болезнь, а сейчас – как вариант сексуальной адаптации.

С конца XIX века, после работ З. Фрейда, а затем К. Юнга и других исследователей, в психологии и психиатрии утвердилась концепция о несводимости психической жизни к сознательному опыту. На исследования психики и ее расстройств сильно повлияло фрейдистское учение о том, что сознательная душевная жизнь определяется неосознанными представлениями, импульсами, эмоциями и противостоящими им защитными механизмами. Это воздействие фрейдизма сохраняется и до настоящего времени. Исключение составляют так называемые бихевиоральные (поведенческие) теории психической деятельности, пользовавшиеся большим влиянием в течение нескольких десятилетий (до 50–60-х годов прошлого столетия). Их сторонники отвергали концепцию о роли бессознательного в психической жизни, считая, что она не нужна для объяснения поведения.

В психоневрологии существует длинный ряд симптомов и синдромов, которые характеризуют поведенческие отклонения от нормы в сторону патологии. Однако без четкого определения понятия «норма» все эти характеристики также являются относительными. Термин «симптом» в переводе с греческого означает «случай, совпадение» и толкуется как какой-либо признак патологии. Термин «синдром» переводится как «собрание, стечение» и толкуется как некоторое собрание, совокупность признаков, то есть по отношению к предыдущему является собирательным термином (синдром состоит из совокупности симптомов, которые взаимосвязаны).

В зависимости от числа входящих симптомов синдромы могут быть простыми и сложными. Так, примером простого может служить

депрессивный синдром, который, как считается в классической психиатрии, исчерпывается триадой: тоска, идеаторное (мыслительное) и моторное торможение.

Каждому психическому заболеванию соответствует определенный круг синдромов. Например, маниакально-депрессивному психозу – депрессивное и маниакальное состояния, а также часто и невротические расстройства (деперсонализация, дереализация, ипохондрия и т.п.). Однако практические врачи придерживаются простого, но очень верного правила: нет болезней и синдромов, а есть больные.

Психопатологические синдромы в отрыве от конкретного больного являются не более чем абстрактными понятиями.

Справедливости ради стоит отметить, что с другой стороны сходство в описании психических заболеваний (то есть в описании синдромов) с древности – начиная с Библии и ранних медицинских рукописей – и до наших дней многообразно. Признаки, описанные в симптомах и синдромах, существуют и их необходимо знать, чтобы не запустить болезнь. Особенно это касается детского возраста, в котором практически любое заболевание может быть компенсировано растущим мозгом с помощью лечебных (коррекционных) мероприятий, а отсутствие своевременного лечения может перевести заболевание в хроническую фазу, излечение которой становится проблематичным.

Относительно детей с СДВГ, отметим: при всем том, что является их преимуществом – активность, жизнерадостность и оптимизм, острый ум и находчивость, чувство юмора, а зачастую и способности к изобразительному искусству и в музыке, они страдают от того, что не могут до конца реализовать свой потенциал, отвергаются сверстниками, становятся обузой для воспитателей, преподавателей и, как это ни удивительно, для близких. Они – изгои для социального окружения. И это – умные и талантливые дети. В этом заключается парадокс.

Проблемы, связанные с изучением этого синдрома, сегодня крайне актуальны. Нет, пожалуй, ни одной формы пограничных психических состояний у детей и взрослых, которая могла бы по своей распространенности соперничать с СДВГ.

Интерес и сложность проблемы заключается в том, что она является комплексной: медицинской, психологической и педагогической. В 1980 году в третьем издании Американской психиатрической ассоциации «Диагностическое и статистическое руководство психических нарушений» был впервые представлен термин «attention deficit») (дефицит внимания), который заменил термины «легкая дисфункция мозга», «минимальная мозговая дисфункция», «гиперактивность» и другие. Базовым симптомом синдрома стало «нарушение внимания». Это было обосновано тем, что нарушение внимания встречается у всех детей с этим синдромом, а повышенная двигательная активность не всегда. Помимо нарушения внимания, выделяется также несоответствующее норме поведение ребенка.

В 1987 г. была проведена ревизия диагностических критериев в рамках «Диагностического руководства» (DSM-III-R) и стал применяться термин «синдром дефицита внимания с гиперактивностью», который является наиболее частым нарушением поведения у детей. В DSM-IV СДВГ разделен на два подтипа - с гиперактивностью и без гиперактивности.

С точки зрения А.Л.Сиротюк, синдром дефицита внимания с гиперактивностью занимает особое место в структуре пограничных состояний у детей [50, с. 9].

Пограничные психические (резидуально-неврологические) расстройства детского возраста, к которым, помимо СДВГ, относятся заикание и другие нарушения речи, тики, энурез и энкопрез, неврозы,

являются самыми распространенными видами заболеваний. По данным разных источников, ими страдает более 20% детей в возрасте от 3 до 11 лет [37], и этот процент имеет тенденцию к увеличению, что говорит об актуальности проблемы исследования и лечения таких расстройств.

Понятие о резидуальных формах нервно-психических или пограничных психических расстройствах используется, по мнению ведущих специалистов в этой области [13], для отделения их от психотических проявлений на основе общих патогенетических факторов и клинических особенностей.

Трансформация отдельных психопатологических феноменов, характерных для болезненных проявлений невротического уровня, определяет многообразие клинических форм и вариантов рассматриваемых расстройств. При этом обосновано разделение на невротические нарушения (возникших под влиянием психогенных факторов, которые и определяют их течение и исход) и невротоподобные расстройства в структуре психических, нервных, соматических болезней, при которых преобладающее место в возникновении и течении симптоматики принадлежит эндогенным и соматогенным факторам. И при невротических, и при невротоподобных расстройствах имеются достаточно выраженные клинические проявления, позволяющие дифференцировать их в рамках отдельных нозологических состояний (например, гиперактивность, нарушения внимания, тики, энурез, энкопрез, заикание, нарушения сна).

Причиной резидуальных форм нервно-психических или пограничных психических расстройств, которые, как уже было сказано выше, условно объединены в одну группу на основе общих этиопатогенетических факторов и особенностей их клинических проявлений и дифференцируются в рамках отдельных нозологических состояний, являются вредности, повреждающие мозг ребенка в перинатальном периоде развития (от пери – «вокруг» и лат. *patalis* – «относящийся к рождению»; охватывает внутриутробное развитие плода, начиная с 28 недель беременности, период родов и первые 7 суток жизни ребенка) [59]. С.С. Мнухин относил к ним ранние органические

поражения, возникавшие до полного формирования мозговых систем, то есть до 3 лет жизни ребенка [34]. В.В. Ковалев, напротив, считал, что для возникновения резидуально-органических психических расстройств возрастных границ не существует и все органические поражения у детей переходят в резидуальную (остаточную) стадию [59].

Пограничные психические расстройства, согласно МКБ-10 (Международная классификация болезней 10 пересмотра), относятся к разделу «Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте». Интересно, что в МКБ-9 (предыдущей классификации болезней) они входили в раздел «Невротические расстройства, психопатии и другие психические расстройства непсихотического характера». В более ранней классификации эти нарушения рассматривались как минимальная мозговая дисфункция (ММД) и подразделялась на: 314.0 – синдром гиперактивности; 314.2 – синдром гиперактивности с нарушением поведения; 314.1 – синдром гиперактивности с задержкой развития.

Все указанные заболевания в психиатрической и неврологической практике характеризуются широко распространенным и устойчивым термином «пограничные психические расстройства». Этот термин используется для обозначения «...нерезко выраженных нарушений, граничащих с состоянием здоровья и отделяющих его от собственно патологических психических проявлений, сопровождающихся значительными отклонениями от нормы» [2, с. 9]. Пограничные расстройства объединяются в одну группу на основе ряда характерных признаков, ведущими из которых являются:

- Невротический уровень психопатологических проявлений в динамике болезни;
- Четкая связь расстройств с вегетативными дисфункциями и патологией сна;
- Большое влияние психогенных факторов на возникновение болезни;

- Выявление в большинстве случаев минимальной дисфункции мозга (МДМ – органической составляющей, способствующей развитию болезни;
- Сохранение больными критического отношения к своему состоянию.

Вместе с тем при пограничных состояниях отсутствуют психотическая симптоматика, нарастающее слабоумие и личностные изменения, характерные для эндогенных психических заболеваний (например, для шизофрении).

СДВГ наиболее часто проявляется в дошкольном и младшем школьном возрасте. Пик проявления приходится на возраст 6-7 лет, к 14-15 годам гиперактивность постепенно уменьшается. По мнению современных исследователей [58], СДВГ является «функциональным виражом», заключающимся как в эволюционно-прогрессивных сдвигах, так и во временных функциональных потерях, связанных с состоянием нестабильности и дисбаланса в различных системах мозга.

Симптомокомплекс СДВГ включает в себя невнимательность, гиперактивность, импульсивность, трудности в обучении и межличностных отношениях. СДВГ обычно сочетается с поведенческими и тревожными расстройствами, задержками в формировании языка и речи, а также школьных навыков. Таким образом, этот синдром относится к категории пограничных расстройств и находится в центре внимания медицинских, психологических, педагогических и других исследований.

## **1.2. Причины возникновения синдрома дефицита внимания с гиперактивностью**

В мире существовало и существует много примеров личностей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью. Например, Альберт Эйнштейн. Согласно биографии Эйнштейна, в школе он учился достаточно плохо и даже был из нее исключен, но это не помешало ему создать теорию относительности и стать всемирно известным ученым.

Гиперактивные дети имеют нормальный или высокий интеллект, однако, как правило, в школе они учатся ниже своих возможностей. Им тяжело регулировать свою активность, внимание и навыки социального взаимодействия, чтобы приспособиться к конкретной ситуации. Это приводит к частым проблемам, возникающим у них в общении и со взрослыми, и со сверстниками. При взрослении ребенка в подростковом и юношеском возрасте синдром дефицита внимания с гиперактивностью ассоциируется с развитием асоциального и отклоняющегося поведения.

Антисоциальное поведение имеет различный генез у разных индивидов. В каждом из случаев антисоциального поведения могут доминировать либо генетические, либо патоневрологические, либо социально-психологические факторы. Ряд исследований свидетельствует, что в формировании антисоциальных форм поведения при синдроме дефицита внимания с гиперактивностью имеет значение сочетание генетических и социально-средовых факторов [45, с. 23].

В основе гиперактивности лежит минимальная мозговая дисфункция (ММД). Минимальные мозговые дисфункции – наиболее легкие формы патологии, возникающие вследствие самых разнообразных причин, но имеющие однотипную, стертую неврологическую симптоматику и проявляющиеся в виде функциональных нарушений, обратимых и нормализуемых по мере роста и созревания мозга, не приводящих к выраженным нарушениям моторики и интеллекта, но вызывающие четкие



неврологические и психопатологические нарушения [60, с. 24]. Этот диагноз предполагает наличие легкого органического повреждения головного мозга (Н.Е. Громада, О.П. Ковтун, О.А. Львова). Исходы ММД могут иметь широкий спектр расстройств: от легких поведенческих до системных неврозоподобных двигательных расстройств, в категорию которых включается синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ), проявляющийся избыточной двигательной активностью, нарушением концентрации внимания, повышенной отвлекаемостью, импульсивностью поведения, несвойственными для нормальных возрастных показателей (О.П. Ковтун, О.А. Львова, А.В. Сулимов, Л.А. Ясюкова). Многие исследователи утверждают, что МДМ может быть этиологическим фактором нарушений речи, и подтверждают это результатами наблюдений. Так, проводилась оценка развития речи у 802 детей с МДМ. Какие-либо нарушения речи отмечались у 83% обследованных. Чаще они отмечались у мальчиков. Имели место задержка развития речи, заикание, аграмматизмы, ротацизмы, мутизмы, аудиогенная дислалия и дизартрия. Известные специалисты по развитию и патологии речи прямо отмечают, что ЛДМ (легкая дисфункция мозга) является этиологическим и патогенетическим фактором практически всех нарушений развития речи [31].

Отечественные ученые проводили комплексное обследование детей с МДМ и нарушениями речи по ЭЭГ и ЭХО-ЭГ. Были обнаружены достоверные корреляции между двумя группами, что также указывает на наличие органических поражений мозга при речевых нарушениях исследователи [3].

Социальные конфликты как одна из составляющих неврозов при нарушениях функций ЦНС попадают на благоприятную почву. Поэтому у детей вторичная невротизация, как следствие дисфункции мозга, начинается уже в раннем возрасте. З. Тржесоглава [57, с. 53] выделяет типичные, по ее мнению, для МДМ неврологические признаки:

- невротические привычки в виде онихофагии (обкусывание ногтей), сосания большого пальца, постоянного сжимания пальцев и многочисленных стереотипных движений (кивания головой, наклоны туловища и т.п.).
- все это расценивается как проявление внутреннего напряжения;
- боязливость, которая очень часто встречается в качестве единственного отличительного признака;
- повышенная психическая утомляемость, жалобы детей на усталость и головные боли;
- нарушения сна, обычно сразу после рождения ребенка.
- нарушения ритма сна: сонливость днем, бодрствование ночью, позднее засыпание с тяжелым подъемом утром;
- нарушения аппетита;
- навязчивые тики, чаще всего на лице, но иногда на туловище и шее;
- заикание, которое встречается значительно чаще, чем у детей в контрольной группе. Тики и заикание, по мнению автора, являются проявлениями недостаточной координации и повышенной возбудимости.

Е.Д. Белоусова и М.Ю. Никанорова считают, что «синдром дефицита внимания/гиперактивности — дисфункция центральной нервной системы (преимущественно ретикулярной формации), проявляющаяся трудностями концентрации и поддержания внимания, нарушениями обучения и памяти, а также сложностями обработки экзогенной и эндогенной информации и стимулов» [4, с. 40].

Шмидт интерпретирует гиперактивность как попытку оптимизировать недостаточный уровень стимуляции, идущей из центральной нервной системы, эксцессивным поведением [41, с. 25].

Синдром гиперактивности, это в первую очередь – дефицит внимания. Так и звучит полное название: синдром дефицита внимания с гиперактивностью (сокращено - СДВГ). Статистика показывает, что в России

таких детей 4-18%, США – 4-20%, Великобритании – 1-3%, Италии – 3-10%, Китае – 1-13%, Австралии – 7-10%. Мальчиков среди них в 9 раз больше, чем девочек [16, С.45].

В настоящее время наука располагает подробным описанием СДВГ. Однако знания о точных причинах этого нарушения относительно скромны. Исследователи указывают на то, что этиология СДВГ носит комбинированный характер [11, с.126]. В целом все группы причин развития синдрома дефицита внимания с гиперактивностью можно отнести к двум категориям факторов: биогенетические и социальные. Биогенетические факторы, в свою очередь, можно разделить на две категории:

- 1) генетические факторы;
- 2) экзогенные вредности, приводящие к дисэмбриогенезу или повреждению определенных структур головного мозга.

В последние годы в области молекулярной генетики были получены экспериментальные данные, подтверждающие наследственную природу синдрома.

подавляющее большинство случаев синдрома дефицита внимания с гиперактивностью обусловлено генетическими факторами. По данным метааналитических исследований, совокупный коэффициент наследуемости СДВГ составляет 76%, что определяет данное расстройство как одно из самых наследуемых среди психических заболеваний [55, с. 41].

В многочисленных исследованиях продемонстрирована связь синдрома дефицита внимания с гиперактивностью с генами, кодирующими рецепторы и белки-транспортёры катехоламиновой системы [27, с.58]. Так, выявлена слабая, но статистически достоверная связь данных расстройств с 7-повторным аллелем гена дофамина рецептора D4. Кроме того, показана слабая, но достоверная связь СДВГ с некоторыми аллелями генов дофамина рецептора D5, белка-транспортёра дофамина, дофамин-бета-гидроксилазы, серотонинового рецептора HTR1B, белка-транспортёра серотонина, синапсомально-связанного протеина 25. По данным

метаанализа, совокупные величины соотношения вероятности для каждого из перечисленных генов являлись небольшими (1.18 - 1.46), но статистически достоверными. Эти данные подтверждают гипотезу, что генетическая предрасположенность к синдрому дефицита внимания с гиперактивностью реализуется многими генами с небольшими фенотипическими эффектами [63., с. 36].

Среди патогенных факторов чаще встречаются такие, как недоношенность (вес менее 1500 г), невынашиваемость в анамнезе, курение матери во время беременности, алкоголизация. По данным Н. Н. Заваденко, у 84% детей с гиперактивностью и дефицитом внимания в акушерском анамнезе имеется патология беременности или родов, а у 56% – сочетание того и другого. Примерно такие же данные приводятся и в отношении других форм психического дизонтогенеза. Иначе говоря, экзогенные причины у СДВГ те же, что и у других аномалий психического развития [25, с. 6].

Таким образом, несмотря на преобладание наследственных форм СДВГ, около 20% случаев данных расстройств являются симптоматическими и обусловлены перинатальным или постнатальным повреждением головного мозга. Дискордантность по СДВГ в парах монозиготных близнецов связана с меньшим объемом подкорковых структур у больных детей, очевидно, обусловленным неблагоприятным влиянием внешне-средовых факторов. Независимыми предикторами синдрома дефицита внимания с гиперактивностью являются курение и употребление матерью алкоголя во время беременности, осложненное течение беременности и родов, неблагоприятные психосоциальные факторы, хроническая интоксикация свинцом. Описаны случаи вторичного СДВГ, развивавшегося у детей в возрасте 4-19 лет через год после закрытой черепно-мозговой травмы [63, С.113].

Указанные вредности приводят к повреждению головного мозга, которые наиболее часто локализованы в области желудочков головного мозга.

Этиология антисоциального поведения у детей и взрослых изучена в меньшей степени по сравнению с СДВГ. В немногочисленных близнецовых исследованиях было показано, что сочетание синдрома дефицита внимания с гиперактивностью с антисоциальным поведением реализуется теми же генетическими факторами, что и «чистый» СДВГ. По мнению авторов, антисоциальное поведение характерно для наиболее тяжелых форм синдрома дефицита внимания с гиперактивностью. Было также показано, что коэффициент наследуемости антисоциального поведения являлся значительно более низким (47%) по сравнению с СДВГ (80%), в то время как коэффициент вклада средовых факторов в формирование антисоциального поведения у детей составил 53% [62, с. 37].

Общепризнанна роль социально-психологических факторов в формировании девиантных форм поведения. Однако, в определенной части случаев влияние нейробиологических факторов может играть доминирующую роль. Высокая степень наследственности агрессивности и антисоциального поведения была продемонстрирована в исследованиях детей, усыновленных в первые дни жизни [36, с. 94].

Кроме того, при повреждении лобных отделов головного мозга в первые месяцы жизни процесс социализации личности может оказаться полностью нарушенным, несмотря на благополучность социального окружения, активные мероприятия по коррекции поведения и сохранность формального интеллекта у таких больных.

Большое влияние на детскую психику оказывает система семейных отношений, особенности воспитания и психологический микроклимат (ссоры, конфликты), а также алкоголизм, деструктивное поведение родителей.

В литературе часто встречаются исследования связи стресса в семье и развития гиперактивного поведения детей. Отмечено, что негативные, фрустрирующие отношения между матерью и ребенком увеличивают риск возникновения поведенческих проблем, в том числе проявляющихся в форме

гиперактивности. Некоторые исследователи приходят к заключению о том, что для части детей с СДВГ этиологически важным фактором может быть, наоборот, гиперопека и назойливая забота родителей. Так, наличие биологической уязвимости помещает ребенка с СДВГ в группу риска, увеличивает вероятность неблагоприятного влияния различных стрессов в школе или в семье.

Психосоциальные факторы – относительно управляемые в развитии СДВГ. Изменив окружение ребенка, отношение к нему в семье и школе, можно повлиять на течение заболевания и значительно снизить влияние перинатальной патологии [60, с.89]. На этом и основана психолого-педагогическая коррекция синдрома.

Таким образом, в подавляющем большинстве случаев развитие синдром дефицита внимания с гиперактивностью обусловлено генетическими факторами, реже перинатальным или постнатальным повреждением головного мозга при минимальном значении собственно социально-психологических факторов. Данные современных исследований указывают на то, что синдром дефицита внимания с гиперактивностью не является результатом неправильного воспитания и/или нарушенных отношений между родителем и ребенком. Да, нарушения отношений в семье, сложная семейная ситуация, импульсивность родителей, отсутствие надлежащей системы норм могут усиливать симптомы, но не являются причинами недуга. Тем не менее, особенности родительского воспитания, а также качество отношений между родителем и ребенком оказывают значительное влияние на психоэмоциональное состояние ребенка, его социальную адаптацию. В то же время воспитание ребенка с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью предъявляет особые требования к родителям, что приводит к развитию родительского стресса, переутомлению, чувству бессилия и в некоторых случаях агрессии по отношению к ребенку.

### **1.3. Проявления синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей**

Согласно классификации психических заболеваний, синдром дефицита внимания с гиперактивностью может проявляться либо расстройствами внимания (неспособность длительно концентрировать внимание на выполняемых задачах и др.), либо симптомами гиперактивности-импульсивности (чрезмерная двигательная активность, неспособность ждать своей очереди, и др.), либо сочетанием расстройств внимания с гиперактивностью-импульсивностью.

Симптоматика СДВГ имеет возрастную специфику, на каждом возрастном этапе наблюдаются свои особенности ее проявления. В раннем детстве часть детей с СДВГ имеет признаки так называемого трудного темперамента.

Дошкольный возраст ребенка иногда является наиболее стрессовым для родителей в связи с максимальной выраженностью двигательной гиперактивности и «неуправляемости» поведения; многие родители в это время не обращаются за профессиональной помощью, ожидая что трудности пройдут. Очень важно выявить СДВГ в дошкольном возрасте, до возникновения вторичных осложнений и проблем, и начать оказывать помощь семье и ребенку как можно раньше.

В школьном возрасте синдром дефицита внимания с гиперактивностью выявляется чаще всего в связи с выраженностью проблем в новых школьных условиях. Основные проблемы этого периода связаны с поведением в школе и дома, академической неуспеваемостью и отношениями с ровесниками. Вследствие отсутствия правильной помощи проблемы школьника с СДВГ будут нарастать и со временем могут развиваться вторичные осложнения: негативная самооценка, социальная изоляция, агрессивное поведение и др. В подростковом возрасте симптомы двигательной гиперактивности в отличие от других симптомов синдрома дефицита внимания с гиперактивностью

обычно значительно уменьшаются, но у части подростков возникают другие проблемы, связанные с рискованным поведением, принадлежностью к антисоциальным группировкам, вторичным эмоциональным расстройствам [4, с. 40].

В зрелом возрасте СДВГ является одним из наиболее скрытых и замаскированных расстройств: его «масками» обычно становятся другие социальные и психические нарушения. При условии надлежащей социальной поддержки и компетентной помощи человек с СДВГ может полноценно себя реализовать на каждом возрастном этапе жизни.

По данным различных исследований, выраженные симптомы СДВГ наблюдаются у 2-10% детей школьного возраста, при этом мальчики страдают синдромом дефицита внимания с гиперактивностью в 3-5 раз чаще девочек. Клинические проявления СДВГ сохраняются во взрослом возрасте приблизительно у половины таких детей, и выраженность расстройств в детстве является основным фактором риска сохранения симптомов СДВГ во взрослом возрасте [28, с. 46].

С целью уточнения данных международной классификации, З.Тржесоглава обследовала 324 ребенка школьного возраста и получила следующий порядок проявления отдельных признаков:

1. Нарушение внимания в 93% случаев. Не могут сосредоточиться и поддерживать концентрацию внимания в течение времени, характерного для их возраста. Не умеют отключаться от воздействия различных раздражителей внешней среды.

2. Гиперактивность в 80% случаев. Она часто связана с повышенной разговорчивостью. Однако в 20% случаев встречалась гипоактивность.

3. У 77% обследуемых отмечалось более пяти легких неврологических нарушений: нарушения ассоциативных движений, подергивание мышц лица, грудной клетки, тремор пальцев рук, гиперкинезы, нарушения сухожильных рефлексов, координации движений.



4. Эмоциональная лабильность наблюдалась в 71% случаев. Она сопровождалась повышенным беспокойством и выраженными невротическими проявлениями во всех возрастных группах. Часто меняется настроение, тяжело переживаются неудачи, на которые дети реагируют или повышенной раздражительностью, или чувством страха; наблюдается повышенная плаксивость.

5. Нарушения восприятия и образования понятий были отмечены у 68% детей. Наибольшей степенью поражения характеризовался зрительный анализатор. Дети оказывались неспособными обводить контуры рисунка, рисовать предметы, различать размеры и направления. Они плохо ориентировались в пространстве, не могли отличить часть от целого, неправильно читали буквы, на слух плохо различали отдельные согласные, плохо воспроизводили ритм.

6. В 66,5% случаев наблюдалась повышенная импульсивность. Дети вступали в контакт и общались без всякого контроля, неадекватно ситуации и собственным возможностям. При этом они не осознавали вины и считали, что к ним плохо относятся.

7. Отмечалась повышенная утомляемость: в 65,7% случаев психическая и в 30% – физическая, хотя ребенок оставался гиперактивным. При этом наблюдались головные боли (29%) и инфантильное поведение (63%). Нарушения речи и произношения наблюдалось у 50% обследуемых, а у 26–40% встречались специфические нарушения – дислексия и дисграфия [43, с. 35].

Другие обследования, проведенные среди школьников, выявили, что у детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью отмечалась задержка развития речи (30%), нарушения произношения (53%), нарушение фонации и ускоренный темп речи (10%), логоневроз (20%). На основании исследования речи и письма у детей 2–3 классов начальной школы было обнаружено, что при письме на первый план выступает задержка анализа фонетических образований. Слуховая дифференцировка нарушена, что в

сочетании с нарушениями тонких движений неблагоприятно влияет на качество письма: нарушаются его ритмика и наклон. Кроме того, у 50% детей с дислексией в анамнезе обнаружены сведения о перинатальных повреждениях [25, с. 12].

Итак, можно выделить следующие симптомы синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей.

Физическое развитие обычно неправильное. Соматическое развитие в некоторых случаях может быть даже ускоренным. Задержка созревания в функциональном плане.

Отмечаются нарушения восприятия и образования понятий: нарушена способность определять размеры, различать, правую и левую стороны, верх и низ; плохая ориентация в пространстве и времени; часто наблюдаются специфические расстройства чтения и письма (например, зеркальное написание букв и слов).

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью иногда сочетается с психическими расстройствами, такими как антисоциальное поведение у детей, антисоциальные расстройства личности во взрослом возрасте, алкоголизм, наркомания, и др. Значительные неврологические отклонения встречаются крайне редко. Среди частых проявлений невротических признаков выделяются: обкусывание ногтей, сосание большого пальца, кивки головой, неправильный прием пищи, замедленное развитие гигиенических навыков, легкая утомляемость, частое ночное недержание мочи. Выявляются пограничные нарушения: асимметрия рефлексов, легкие нарушения зрения или слуха, леворукость или смешанная латеральность, гиперкинезия или легкая гипокинезия, нарушение тонкой моторной координации.

Нарушения речи и слухового восприятия проявляются в различных формах развития афазии, отмечается медленное развитие речи, легкое снижение слуха и небольшие неправильности речи.

Выявлены нарушения двигательных функций: атетоидные, хореоподобные и ригидные движения, тремор, позднее развитие двигательных функций, неуклюжесть, тики, нарушения тонкой или выраженной видеомоторной координации.

Детям с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью свойственны высокая импульсивность и возбудимость, низкий уровень контроля за своим поведением, раздражительность. Ритм сна чаще всего неправильный (сонливость утром, активность в вечерние часы), во время сна ребенок очень подвижен, сон или очень поверхностный, или очень глубокий. Автоматическое поведение перед сном (раскачивание головой или всем телом). Меньшая потребность во сне по сравнению со здоровыми детьми.

Сохранение симптомов СДВГ во взрослом возрасте сопряжено с особенно высоким риском формирования антисоциальных расстройств личности, алкоголизма и наркомании.

Проявлением СДВГ является гиперактивность. Гиперактивность или убыточная двигательная активность, не всегда является обязательным симптомом. У части детей она может быть нормальной или даже сниженной, что зачастую затрудняет своевременную диагностику и, соответственно, коррекцию рассматриваемого расстройства. При синдроме дефицита внимания с гиперактивностью симптомы выражены несоответственно возрасту и приводят к значительным нарушениям функционирования ребенка в основных сферах жизни. Согласно принципам классификации DSM-IV, в случаях полного соответствия наблюдаемой клинической картины за последние шесть месяцев одновременно разделам (1) и (2) перечисленных критериев ставится диагноз сочетанной формы СДВГ. Если за последние шесть месяцев отмечалось полное соответствие симптомов критериям раздела (1) при частичном соответствии критериям раздела (2). То ставится диагноз «СДВГ с преимущественными нарушениями внимания». Вели за

последние шесть месяцев отмечалось полное соответствие симптомов критериям раздела (2) при частичном их соответствии критериям раздела (1). То используется диагностическая формулировка: «СДВГ с преобладанием гиперактивности и импульсивности».

Диагностические критерии СДВГ (DSM-IV):

1) шесть (или более) следующих симптомов невнимательности, которые сохраняются у ребенка, по крайней мере, шесть месяцев и выражены настолько, что приводят к нарушению адаптации и несоответствию нормальным возрастным характеристикам развития:

Невнимательность

1. Часто неспособен сосредоточить внимание на деталях; из-за небрежности допускает ошибки в выполняемой работе и других видах деятельности.

2. Часто с трудом удерживает внимание при выполнении заданий или во время игр.

3. Часто складывается впечатление, что ребенок не слушает обращенную к нему речь.

4. Часто оказывается не в состоянии придерживаться предлагаемых инструкций и закончить выполнение уроков, домашней работы или обязанностей на рабочем месте (что не связано с оппозиционным поведением или неспособностью понять задание).

5. Часто испытывает трудности при организации самостоятельного выполнения заданий и других видов деятельности.

6. Обычно избегает, не любит, либо сопротивляется вовлечению в выполнение заданий, которые требуют длительного сохранения умственного усилия (например, школьных заданий, домашней работы),

7. Часто теряет вещи, необходимые в школе и дома, например: игрушки, школьные принадлежности, карандаши, рабочие инструменты и пр.).

8. Легко отвлекается на посторонние стимулы.

9. Часто проявляет забывчивость в повседневной активности.

2) шесть (или более) следующих симптомов гиперактивности и импульсивности, которые сохраняются, по крайней мере, шесть месяцев и выражены настолько, что приводят к нарушению адаптации и несоответствию нормальным возрастным характеристикам развития.

#### Гиперактивность

1. Часто наблюдаются беспокойные движения в кистях и стопах, вертится, сидя на стуле.

2. Часто встает со своего места во время уроков или в других ситуациях, когда нужно оставаться на месте.

3. Часто проявляет бесцельную двигательную активность: бегают, пытается куда-то залезть в ситуациях, когда это неприемлемо.

4. Часто не может тихо, спокойно играть или заниматься чем-либо на досуге.

5. Часто находится в постоянном движении и ведет себя словно «управляемый двигателем».

6. Часто чрезмерно разговорчив.

#### Импульсивность

7. Часто отвечает на вопросы, не выслушав их до конца.

8. Обычно с трудом дожидается своей очереди в различных ситуациях.

9. Часто мешает другим, пристает к окружающим (например, «влезает» в беседы или игры).

Импульсивность, как проявление СДВГ, выражается следующим образом. Клинически такие дети часто характеризуются, как быстро реагирующие на ситуации, не дожидаясь указаний и инструкций, позволяющих выполнять задание, а также неадекватно оценивающие требования задания. В результате они очень небрежны, невнимательны, беспечны и легкомысленны. Такие дети зачастую не могут рассмотреть

потенциально негативные, вредные или разрушительные (и даже опасные) последствия, которые могут быть связаны с определенными ситуациями или их поступками. Часто они подвергают себя необоснованному, ненужному риску, чтобы показать свою смелость, капризы и причуды, особенно перед сверстниками. В результате не редки несчастные случаи с отравлениями и травмами. Дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивности могут легкомысленно и беспечно повредить или уничтожить чью-либо собственность значительно чаще, чем здоровые дети.

Для детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности очень проблематично дождаться своей очереди в игре или в команде. Они заведомо выбирают краткосрочные виды деятельности, прилагая меньшее количество усилий и времени на выполнение заданий, которые для них неприятны, скучны и надоедливы. Когда они хотят что-либо и должны ждать, чтобы получить это (например, обещание родителей непременно взять их в кино или в магазин), они могут бесконечно изводить взрослых в ожидании данного события, демонстрируя окружающим непрестанные требования и концентрируя на себе внимание.

Ситуации и игры, требующие совместного участия, сотрудничества, взаимодействия, сдержанности и строгости со своими сверстниками являются особенно проблематичными для импульсивных детей. В устной речи они часто говорят нескромно, несдержанно, неосторожно, не задумываясь о чувствах окружающих или о социальных последствиях этих высказываний для них самих. Преждевременные ответы на вопросы и прерывание разговоров других для них обычное явление. Потому, впечатления, которые такие дети производят на окружающих, очень часто истолковываются как незрелость или ребячливость, слабый самоконтроль, безответственность, ленность и чрезмерная грубость. И не удивительно, что такие дети подвергаются наказаниям, критике и осуждению со стороны своих сверстников и взрослых больше, чем здоровые.

Описанная симптоматика обусловлена недостаточной зрелостью функции лобной коры - центрального командного пункта человека. Недостаточная зрелость лобной коры приводит к расстройствам разных исполнительных функций, связанных с организацией и регулированием собственного поведения: планирования, прогнозирования и организации поведения. Симптомы гиперактивности могут проявляться с первых дней жизни ребенка: он плохо спит, часто плачет, склонен к истерикам, во время бодрствования очень подвижен и перевозбужден; чувствителен к свету, шуму и другим раздражителям.

По мере того, как он взрослеет, проявляется его неспособность заниматься одним видом деятельности в течение длительного промежутка времени. Малыш невнимателен, неуравновешен, вспыльчив. Ему сложно завершить начатое дело, играть в одну и ту же игру. Если он терпит неудачу, он не станет повторять попытку достигнуть успеха, а, скорее, все разрушит и сломает, нежели начнет заново [30, с. 7].

В большинстве случаев дети с СДВГ отстают в учебе, испытывают трудности во взаимоотношениях со сверстниками, членами собственной семьи и другими людьми [30, с.7]. Нарушения в обучении выражены в нарушениях чтения, счета, письма, правописания, рисования и особенно обведения контуров. Дети испытывают трудности в организации работы и выполнения ее заключительной части. Обнаруживается крайне низкая способность к абстрактному мышлению, трудности в образовании понятий, слабая кратковременная и долговременная память. Характерным является «плавающее» мышление. Наблюдаются нарушения сосредоточенности и внимания. Часто проявляется чрезмерная рассеянность, нарушена способность концентрации внимания, наблюдается моторная и речевая вязкость.

Отмечается плохая способность вступать в контакт с детьми того же возраста. Дети с МДМ очень раздражительны в играх. Лучше чувствуют себя в компании 1–2 детей, чем в большом коллективе.

Стремятся к контакту с детьми, младшими по возрасту. Навязчиво ласковы со сверстниками.

Общественное поведение ребенка находится на более низких ступенях, чем его интеллектуальное развитие. Поведение часто не соответствует ситуации, ребенок не признает авторитетов.

Социально - поведенческие аспекты детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности важны не только распространяющимся повсюду отрицательным их влиянием на сверстников, но также и потому, что эти дети служат как бы социальным катализатором, влияющим на поведение других и часто в нежелательном направлении. У ребенка наблюдаются сложности во взаимоотношениях не только со сверстниками, но и взрослыми. Межличностное поведение детей с СДВГ часто характеризуется навязчивостью, чрезмерностью, дезорганизованностью, агрессивностью, впечатлительностью и эмоциональностью. Таким образом, такие дети являются «нарушителями» спокойного течения социальных взаимоотношений, взаимодействия и сотрудничества, а для них это может быть составной частью ежедневного сосуществования с другими людьми. Более 50 % детей с СДВГ имеют значительные проблемы в социальных отношениях с другими детьми. Родители, учителя, сверстники отмечают, что гиперактивные дети более энергичны, разрушительны, навязчивы, общественно не приспособлены; особенно это касается мальчиков с СДВГ с повышенной агрессией.

Дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивности характеризуются большой доверчивостью, часто подражают сверстникам и старшим товарищам. Озлобленность и раздражительность могут быстро сменяться повышенным вниманием к окружающим. Трудно переносят изменения, держатся за привычное. Испытывают тягу к положительной оценке своего поведения, отличаются неверной самооценкой.



К сожалению, зачастую, родители начинают понимать, что ребенок нездоров, когда он уже учится в школе, и вследствие вышеперечисленных особенностей поведения, начинает отставать по многим или всем предметам. Если же они обратили на это внимание гораздо раньше, еще до того, как малыш отправился в садик, то это хорошо. И хотя врач-невропатолог не сможет поставить ребенку точный диагноз СДВГ (обычно он ставится в возрасте 4-5 лет), им все же дадут рекомендации о пересмотре отношений и методов воспитания, чтобы в дальнейшем избежать проблем как в школе, так и дома.

Сами по себе проявления СДВГ не влекут за собой грубых поведенческих нарушений. Последние развиваются на основе индивидуальных особенностей нервной системы как вторичные нарушения, вызванные конкретными условиями воспитания и отношениями между ребенком и его окружением.

В семье ребенка с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью, часто наблюдается изменение и нарушение отношений между родителями и ребенком. Ребенок постоянно «проверяет на прочность» родителей, создавая стрессовые ситуации и испытывая запасы терпения окружающих. Непредсказуемость поведения таких детей и его последствия, в частности школьная неуспеваемость, становятся поводом для непрекращающихся бессистемных попыток родителей принять жесткие меры и наказанием принудить ребенка к послушанию. Окружение не принимает таких детей, они часто страдают из-за невозможности обрести самостоятельность, четко идентифицировать себя во взаимоотношениях со сверстниками. В то же время дети с СДВГ осознают свою неспособность регулировать поведение адекватно ситуации, что не может не отражаться на их эмоциональном состоянии [5, с.9].

Родители, в свою очередь, оказываются захваченными собственными эмоциональными реакциями. Еще до рождения ребенка у каждого из супругов был свой идеальный образ будущего ребенка. И вскоре они

обнаруживают, что их ожидания не соответствуют реальности. Разочарование, негодование, тревога, стремление исправить ребенка, ощущение утраты контроля, обида и чувство вины – с этими переживаниями родители встречаются на пути принятия своего ребенка.

Одновременно родители детей с СДВГ часто сталкиваются с недостатком достоверной информации о синдроме (в том числе о методах лечения и психологической помощи), не могут получить доступ к необходимым услугам (например, из-за отсутствия таких услуг в месте проживания семьи, их высокой стоимости, собственных предубеждений и страхов, и т.д.). Все вместе это приводит к повышению уровня стресса, истощению адаптационных возможностей и как следствие к трудностям во взаимоотношениях с ребенком.

#### **1.4. Формы и методы работы с детьми с синдромом дефицита внимания и гиперактивности**

Работа педагога с детьми с СДВГ должна проводиться по принципу осведомлённости и заключаться в поддержании у ребёнка внимания, его концентрации, в создании на уроке атмосферы и условий, благоприятствующих развитию его творческих возможностей, активизации его образного мышления, в создании для него возможности поверить в свои силы, обрести уверенность в себе на пороге новых начинаний и во всей своей деятельности.

Это невозможно при отсутствии представлений о работе центральной нервной системы и руководящей роли головного мозга в её работе, без учёта психофизиологических особенностей ученика, без использования сенсорных каналов восприятия и передачи информации от учителя к ученику и обратно, без умения помочь ребёнку правильно настраивать своё внутреннее зрение и свой «внутренний монитор», на котором он прокручивает воспринятое.

Родителям, имеющим ребенка с СДВГ важно преодолеть взгляд на ребенка лишь сквозь призму ярлыка-диагноза, а риск такого видения, к сожалению достаточно велик. К положительным качествам детей с СДВГ можно, прежде всего, отнести их искренность, сердечность, непосредственность в отношениях. То, что в одних ситуациях воспринимается как чрезмерная раскованность, может развиться в такую хорошую черту, как открытость, коммуникабельность, отсутствие стеснительности и шаблонности в общении. Дети с СДВГ часто характеризуются как честные, непосредственные, настоящие. Эти черты придают им социальную привлекательность в общении и частично могут компенсировать их социальные и коммуникативные дефициты. Слабость системы торможения, контроля может содействовать развитию особых способностей детей в тех сферах, где нужны быстрые, творческие реакции, и

может стать их сильной стороной, способствуя развитию креативности, спонтанности, умению действовать нешаблонно, импровизировать.

Существует пять основных методов лечения СДВГ [60]:

- 1) Лекарственная терапия – основана на лечении корковыми стимуляторами;
- 2) Нейропсихологический подход – основан на упражнениях, позволяющих перестроить не правильно сформированные функции ребенка;
- 3) Семейная терапия – основана на помощи родителям, за так называемое «чувство вины» от плохого воспитания ребенка;
- 4) Арт-терапевтический метод – основан на уникальных занятиях связанных с искусством включающий в себя игры, рисование и фантазирование;
- 5) Синдромальный подход – основан на данном ребенку определенном задании, которое ему интересно, следовательно, на выполнение данной деятельности не потребуются дополнительных затрат энергии [36].

Положительным моментом будет обучение способам совладания с гневом и перевозбуждением.

Для упрощения обозначения практических рекомендаций при лечении детей с СДВГ не лекарственной терапией, следует упростить список рекомендаций и разделить на категории.

I. Принятие и общение. Ребенка нужно принимать таким, какой он есть и уважать. Следует придерживаться «позитивной модели» отношений, хвалить его каждый раз, когда у него что-то получилось, подчеркивать только успехи. Это поможет укрепить уверенность ребенка в собственных силах и повысит самооценку. Ребенку следует дарить внимание, читать книги, общаться. Нужно создать спокойную атмосферу в доме, стараясь не разговаривать на повышенных тонах. Приобщение ребенка к творческими видами деятельности развивает в нем концентрацию и мышление.

II. Последовательность и воспитание. Самый первый и важный шаг – знать для себя, какие качества хотелось бы развить в ребенке. Следует

принять даже тот выбор ребенка, который родителю может не понравиться, однако это позволит ребенку встретиться с реальными последствиями, а возможно даже и с отрицательными последствиями своих действий, но на основании этого опыта он будет взрослеть и становиться «сознательным».

Количество требований и запретов должно быть на минимальном уровне, но взрослые должны быть тверды и последовательны в их исполнении. Запрещается любое физическое наказание.

III. Распорядок и правила. Дома нужно поддерживать четкий распорядок дня. В этом бесценным помощником может стать обыкновенный стикер. Стикер – или листовка-памятка, приклеенная на видном месте, напоминает о важнейших делах. На стикере можно разместить и соответствующие рисунки. Следует заранее договариваться с ребенком о времени игры, длительности прогулки. Пользой будет возможность для расходования избыточной энергии ребенка: бег, физкультура, прогулки.

IV. Эмоции и саморегуляция. Можно осуждать действия ребенка, но не его чувства какими бы они не были. При наличии эмоциональной проблемы, ребенка следует внимательно выслушать. Положительным моментом будет обучение способам совладания с гневом и перевозбуждением. Объятия не только дарят тепло и ощущение защищенности, но еще и являются отличным средством «скорой помощи» при общении с гиперактивными детьми.

Большое внимание следует уделить правильной организации информационного пространства окружающей среды. Ее довольно широкий диапазон, который ребенок с СДВГ обычно использует на 100%, необходимо использовать для размещения в нём наглядных пособий, содержание которых будет усваиваться ребенком с СДВГ автоматически, без особых усилий (стикеры, плакаты, слайды, видео, и т. д.). В поле зрения ребенка обязательно должны находиться объекты, помогающие восприятию материала.

Общение с ребенком следует выстраивать так, чтобы речь взрослого содержала как можно меньше слов, запускающих спутанность сознания, которые не несут в себе образной смысловой нагрузки и чётких ассоциаций,

или несут в себе двойной смысл, или несут в себе не одно, а несколько значений. Тексты, а также иллюстрации в книгах должны пройти самую тщательную критическую проверку.

Нельзя без предупреждения производить какие-то неожиданные манипуляции во время обучения. Импульсивные поступки пугают детей с СДВГ и могут вызвать срыв. Желательно дать им возможность проявить свои знания, почувствовать себя лидером, но так, чтобы это было направлено на благо всех. Необходимо помнить и об их повышенной ранимости. Нельзя повышать голос на такого ребенка. С ним надо обращаться с уважением, как со взрослым. В данных обстоятельствах большой смысл имеет организация групп риска для таких детей, чтобы их обучение могло проходить с учётом психофизиологических особенностей их развития. Например, они не всегда умеют сами одеваться, завязывать шнурки, собирать портфель. Развитие моторики поможет ему стать собраннее [41, с. 72]. Даже в старшем дошкольном возрасте, такие дети часто бывают растеряхами, но при этом у них рано проявляется личность, более того, им свойственно обостренное чувство собственного достоинства. Поэтому им нужно предлагать выбор, давать сложные, но посильные задания, которые могут их увлечь. Критика не поможет, наоборот, необходимо ободрять, уверять, что у ребенка все получится, и предлагать сделать что-то совместно. Нельзя требовать от них спортивных достижений и достижений в музыке.

Таким образом, в процессе общения с детьми группы риска главное – стремиться поддерживать и хвалить его за любые достижения, а в случае неудачи верить в него и настраивать на позитивное разрешение ситуации. В результате такой поддержки и понимания самооценка ребёнка будет расти, а вместе с ней будут расти уверенность в себе, смелость, желание развиваться и взаимодействовать с окружающим миром. А это – залог успешной, полноценной и счастливой личности.

Неплохие результаты в установлении психологического контакта с воспитанником даёт «якорение». Хорошо забрасывать в начале занятия хотя

бы один нейропсихологический «якорь», чтобы подтвердить факт занятия, закрепить отношения с ребенком и как бы «подцепить» его внимание «на крючок». Это может быть всё, что угодно: напоминание об обязанности выкладывать карандаши на стол, просьба полить цветы, открыть или закрыть жалюзи, слова ободрения, определённая интонация голоса или взгляд. Одним словом, повторяющееся в одно и то же время урока действие со стороны педагога или совместное обоюдное действие педагога и обучаемого, которое связано с занятием. Любой стимул, вызывающий стойкую реакцию, является «якорем», помогающим ученику настраиваться на нужный лад и воспринимать отдельно взятый урок ограниченной, а не безграничной до бесконечности частью единого процесса во времени.

Вывод:

Итак, проблема воспитания и обучения детей с повышенной двигательной активностью волнует педагогов, психологов, психиатров, родителей. В последние годы достигнуты большие успехи в изучении одной из самых актуальных проблем детской психологии - синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей. Актуальность проблемы определяется высокой частотой данного синдрома в детской популяции и его большой социальной значимостью.

Синдром дефицита внимания и гиперактивности – это комплексное, хроническое расстройство мозговых функций, поведения и развития, поведенческие и когнитивные последствия которого проявляются в разнообразных областях функционирования. Первичный компонент расстройства – неспособность мозга к саморегуляции на постоянной основе и в разнообразных повседневных условиях и обстоятельствах [42].

В формировании СДВГ принимают участие генетические, экологические, социально-психологические факторы.

Присутствие в семье гиперактивного ребенка часто способствует развитию семейных конфликтов, пограничных психических расстройств у родителей и других детей в семье. К детям с СДВГ следует относиться с

особым вниманием, уделяя им требуемое время, участвуя в разных процессах вместе, общаясь с ними и поощряя их. Воспитание гиперактивного ребенка должно проводиться при участии специалистов в разных областях (невропатолога, психолога, педагога). Самая важная роль принадлежит именно родителям, которые должны понять, что ребенок с СДВГ ни в чем не виноват, ведь он так себя ведет не для того, чтобы досадить, а потому что он такой в силу физиологических проблем, с которым он не в состоянии справиться в одиночку. Необходимо найти к нему подход через похвалу, поддержку и любовь.



## **Глава 2. Практическое изучение эффективности методов коррекции синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей в процессе обучения**

### **2.1. Цели, задачи и организация исследования**

Практическое изучение эффективности методов коррекции синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей в процессе обучения проходило на базе Муниципального бюджетного дошкольного образовательного учреждения - детский сад № 31 г. Златоуста.

Цель исследования: проверить экспериментальным путем эффективность методов коррекции синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей в процессе обучения.

Задачи:

1. Подбор методик для решения поставленных задач.
2. Организация исследования, подбор испытуемых для участия в исследовании.
3. Выбор методов статистической обработки полученных результатов ее проведения и интерпретация результатов.

Диагностические процедуры были запланированы на первую половину дня, так как в более раннее или более позднее время общая работоспособность детей снижается.

Работа была основана на принципах:

1. Единства диагностики и коррекции отклонений.
2. Нормативности развития.
3. Системности и единства коррекции развития.
4. Индивидуального подхода.

Практическое исследование состоит из следующих этапов:

1. Диагностический или констатирующий. На этом этапе мы изучили:

- внимание (концентрации, устойчивости, переключаемости), психомоторного темпа, волевой регуляции, динамики работоспособности во времени;
- динамические особенности личностных эмоциональных состояний, самочувствия личности в группе;
- уровень самоконтроля и произвольного запоминания у детей старшего дошкольного возраста.

2. Формирующий этап экспериментальной работы. На этом этапе была проведена работа по коррекции синдрома СДВГ у детей.

3. Контрольный этап экспериментальной работы. На этом этапе мы провели повторную диагностику.

4. Анализ полученных результатов. На данном этапе был проведен количественный и качественный анализ данных, полученных в ходе практического исследования и подведены итоги.

Для сопоставительного анализа была организована экспериментальная группа в составе 12 человек – дети с подтвержденным диагнозом синдрома дефицита внимания с гиперактивностью в возрасте от 6 до 7 лет.

Оля Е., Егор Ч., Ярослав М., Ульяна С., Илья М., Марина П. быстро включаются в работу. Умеют сравнивать, анализировать, делать выводы. Быстро усваивают учебный материал. Любят рассуждать, устанавливать причинно-следственные связи.

Толя Г., Оксана Р., Катя В., Алеша Д. обладают средним уровнем познавательной активности и самостоятельности. Проявляют интерес не ко всем занятиям, но всё-таки добиваются хороших результатов. Эти дети умеют анализировать, синтезировать, сравнивать. Рассуждают и делают обобщения, выводы с помощью воспитателя.

Евгений В., Александр Г. обладают низким уровнем познавательной активности и самостоятельности. У ребят этой группы слабое развитие воли, отсутствие должных познавательных интересов. Они тяжело переключают

внимание с одного вида деятельности на другой. Запоминают в основном всё яркое, красочное.

Многие дети экспериментальной группы занимаются в системе дополнительного образования: музыкальных, танцевальных и спортивных кружках. Принимают активное участие в мероприятиях. С удовольствием посещают театральный кружок.

На сегодняшний день в группе сформирован сплоченный коллектив, дети отзывчивы, работоспособны, внимательны к окружающим, с уважением относятся к старшим и сверстникам.

Есть в классе лидеры. Это Оксана Р. и Ярослав М. Они направляют группу при проведении разных мероприятий. Есть в коллективе и микрогруппы по интересам. Мальчики очень любят футбол. Есть группа, которая интересуется компьютером.

Дети проявляют активность и инициативность в проведении творческих мероприятий, часто сами выступают инициаторами в их проведении.

Наряду с положительными чертами коллектива существует много проблем, над которыми необходимо работать. Дети не всегда стремятся к совместному переживанию событий, происходящих в группе. Успехи и неудачи сверстников не всегда находят должный отклик у всех ребят. Появилась некая разрозненность между мальчиками и девочками, нет стремления быть вместе.

В целом в группе сформирован дружный коллектив. Дети охотно общаются друг с другом, помогают друг другу.

Изучение эффективности методов коррекции синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей в процессе обучения пошло с помощью следующих методик [50]:

1. Тест Тулуз-Пьерона

Тест является модификацией корректурного теста – невербального теста достижений, направленного на выявление способности к произвольной

концентрации внимания. Применение этой методики для диагностики ММД детей с шести лет и старше обосновано канд. психол. наук Л. А. Ясюковой.

Цель исследования: Исследование внимания (концентрации, устойчивости, переключаемости), психомоторного темпа, волевой регуляции, динамики работоспособности во времени.

Применяется для обследования детей от 6 лет.

Для тестирования во всем возрастном диапазоне предлагаются 4 бланка. Первый бланк, состоящий из 10 строчек и содержащий два квадратика-образца, рассчитан на дошкольников.

После полного усвоения ребенком инструкции (См. Приложение 1) и правильного выполнения задания на тренировочной строке, переходят к непосредственному выполнению теста.

Ребенок поочередно выполняет задание на 10 строчках. Время выполнения – 1 минута на каждую строку. Взрослый только фиксирует время, но не вмешивается в ход работы.

Обработка результатов происходит при помощи наложения на бланк ключа, изготовленного из прозрачного материала. На ключе маркером выделены места, внутри которых должны оказаться зачеркнутые квадратики. Вне маркеров все квадратики должны быть подчеркнуты.

Для каждой строчки подсчитывается:

1. Общее количество обработанных квадратиков (включая ошибки).
2. Количество ошибок.

За ошибку считаются неверная обработка, исправления и пропуски. Затем значения переносятся на бланк фиксации результатов.

К основным расчетным показателям детей с СДВГ относятся коэффициент точности выполнения теста (показатель концентрации внимания) и показатель устойчивости внимания.

1. Скорость выполнения теста (V) – общая сумма обработанных знаков делится на количество рабочих строчек.

2. Коэффициент точности выполнения теста (или показатель концентрации внимания) – отношение правильно обработанных знаков к общему числу обработанных знаков.

3. Устойчивость внимания

$$\sigma_{\alpha} = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^n (y_i - \alpha)^2}{n - 1}},$$

где  $y_i$  – количество ошибок в строке,  $\alpha$  – среднее количество ошибок в строке,  $n$  – количество рабочих строчек.

Точность выполнения теста связана с концентрацией внимания, однако может зависеть и от следующих характеристик: переключение внимания, объем внимания, оперативная память, визуальное мышление, личностные характеристики. Если ошибки возрастут пропорционально расстоянию от образцов, т.е. по мере продвижения вправо и вниз на ответном бланке, то нарушены объемные характеристики внимания, сужено поле внимания. Выпадение или подмена образцов типичны для ослабленной оперативной памяти. Ошибки, связанные с одновременным вычеркиванием квадратиков, как соответствующих образцам, так и тех, которые им зеркальны или симметричны относительно вертикальной оси, свидетельствуют о недостатках визуального мышления и анализа, а также несформированности разделения право-левой ориентации.

2. Методика эмоционально-цветовой аналогии (цветописи) (А.Н.Лутошкина).

Цель: изучение динамических особенностей личностных эмоциональных состояний, самочувствия личности в группе.

Материал. Испытуемому выдается «Дневник настроений», рабочая часть которого демонстрирует их цветовой диапазон: восемь полос красного, оранжевого, желтого, зеленого, синего, фиолетового, черного и белого цветов. Каждая полоса символизирует определенное настроение и сопровождается соответствующей словесной характеристикой.

Красный – восторженное; оранжевый – радостное; желтый – приятное;

зеленый – спокойное, уравновешенное; синий – грустное; фиолетовый – тревожное; черный – крайне неудовлетворительное и белый – трудно сказать.

Ход обследования. Заполнение «Дневника настроений» осуществляется ежедневно.

По результатам диагностики составляется цветоматрица настроений класса, где отмечается общее количество дней с определенным настроением.

Оценка – интерпретация цветоматрицы проводится в двух вариантах.

Первичная оценка - по представленности и соотношению цветов. Выделяются общие цветовые синдромы, дающие картину настроения во всем классе (какие состояния преобладали в течение исследуемого периода, как они соотносятся по неделям, отдельным дням), групповые или зональные цветовые синдромы. По своему содержанию синдромы могут оцениваться как:

а) позитивно стимулирующие (представлены цвета верхней части спектра);

б) умеренные, стабилизирующие (преобладают цвета верхней части спектра);

в) негативные, астенические (цвета нижней части спектра);

г) напряженные (представлены противоположные по значению цвета);

д) «ковровые» (представлена пестрота цветов, означающая отсутствие единства в настроениях).

Вторичная обработка цветоматрицы требует квантификации полученных данных. Числовые преобразования оценок проводятся следующим образом: красному цвету приписывается оценка (интенсивность выражения эмоционального состояния) в «+3» балла, оранжевому «+2», желтому «+1», зеленому «0», синему «-1», фиолетовому «-2», черному «-3»,

Полоса в цветописи «трудно сказать» оценивается в «О» баллов. Условный показатель психологической атмосферы дня «А» высчитывается по каждому вертикальному столбцу в матрице по формуле:

$$A = \text{Сумма (+)} - \text{Сумма (-)} / n,$$

n - количество детей, принявших участие в исследовании.

Получаемые данные позволяют графически выразить и по полученной кривой проследить динамику эмоциональных состояний в группе по дням.

3. Методика «Цепочка действию» диагностика самоконтроля и произвольного запоминания у детей старшего дошкольного возраста.

Ребенку в непринужденной форме, но медленно и четко предлагают выполнить ряд последовательных действий.

Инструкция: «Сядь за тот стол (указать, за какой именно), возьми карандаш, лист бумаги, нарисуй человека, потом положи карандаш на место, а рисунок возьми с собой и вернись ко мне».

Можно повторить инструкцию еще раз, после чего ребенка просят воспроизвести ее и приступить к действиям. Инструкция дается только до выполнения задания, по ходу выполнения действий никакие подсказки и комментарии не допускаются. Фиксируются только те, из допущенных ребенком ошибок, которые он не заметил и не исправил.

Оценка выполнения:

- Отсутствие ошибок – 3 балла,
- 1 ошибка – 2 балла,
- 2 и более ошибок – 1 балл,
- Вообще не выполнил задание – 0 баллов.

Характеристика уровней сформированности самоконтроля:

Низкий уровень: ребенку очень сложно контролировать последовательность выполнения заданий, часто отвлекается, допускает 2 и более ошибок или вообще не выполнил задание;

Средний уровень: у ребенка не возникает больших затруднений при выполнении заданий, однако он допускает 1 ошибку;

Высокий уровень: ребенок с огромной инициативой берется за выполнение заданий и у него прекрасно получается, не допуская ошибок.

Уровни должны соотноситься с баллами.

Данная проба позволяет также выявить способность ребенка к пониманию, принятию и удержанию задания, являющуюся одним из основных показателей готовности ребенка к систематическому обучению.



## 2.2 Результаты констатирующего этапа исследования

С целью изучения особенностей внимания детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью мы использовали результаты, полученные в ходе проведения теста Тулуз-Пьерона.

Обработка данных состояла в том, чтобы высчитать количество знаков, просмотренных за определенный промежуток времени и количество ошибок, допущенных за то же количество времени. Затем эти данные были проанализированы и сопоставлены с возрастными нормативами. Полученные данные приведены в таблице 1.

Таблица 1

Результаты исследования скорости выполнения теста Тулуз-Пьерона (констатирующий этап эксперимента)

Критерий	Количество человек	%
Патология	-	
Слабая	2	16,7
Возрастная норма	4	33,3
Хорошая скорость	3	25
Высокая скорость	3	25

Анализ полученных данных позволяет заключить, что у большинства испытуемых – 33,3% скорость внимания соответствует возрастным нормативам; по 25% испытуемых показали хорошую и высокую скорость; и лишь у 16,7% –испытуемых была выявлена слабая скорость внимания.

Наглядно результаты исследования скорости выполнения теста Тулуз-Пьерона на констатирующем этапе эксперимента представлены на рисунке 1.

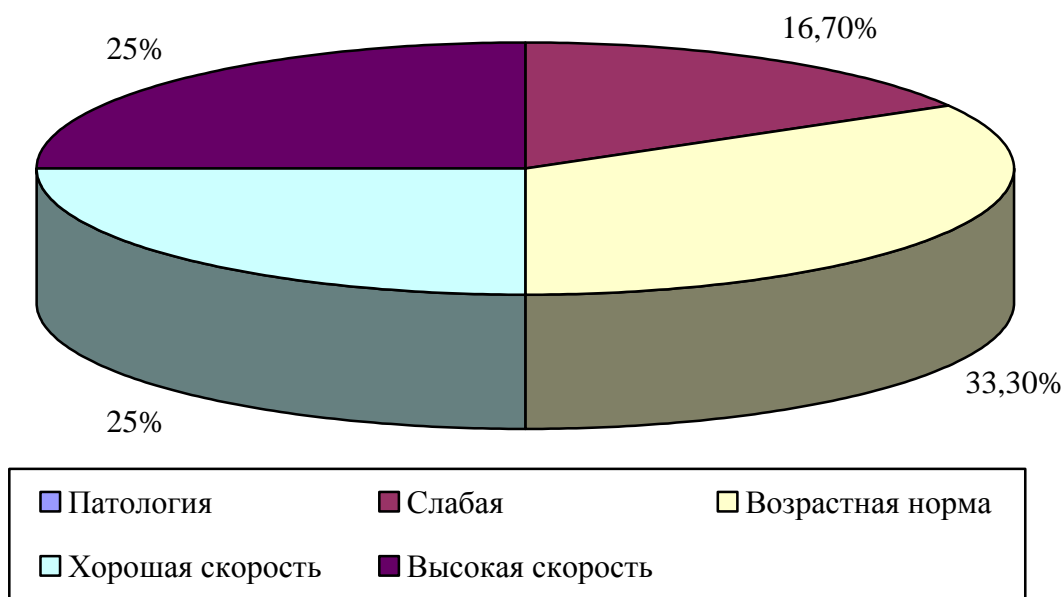


Рисунок 1 - Результаты исследования скорости выполнения теста Тулуз-Пьерона (констатирующий этап эксперимента)

Таблица 2

Результаты исследования точности выполнения теста Тулуз-Пьерона (констатирующий этап эксперимента)

Критерий	Количество человек	%
Патология	4	33,3
Слабая	8	67,7
Возрастная норма	-	-
Хорошая точность	-	-
Высокая точность	-	-

Точность внимания у преобладающего большинства испытуемых – 67,7% оказалась ниже средневозрастной нормы, 33,3% детей показали результаты в пределах патологии.

Наглядно результаты исследования точности выполнения теста Тулуз-Пьерона на констатирующем этапе эксперимента представлены на рисунке 2.

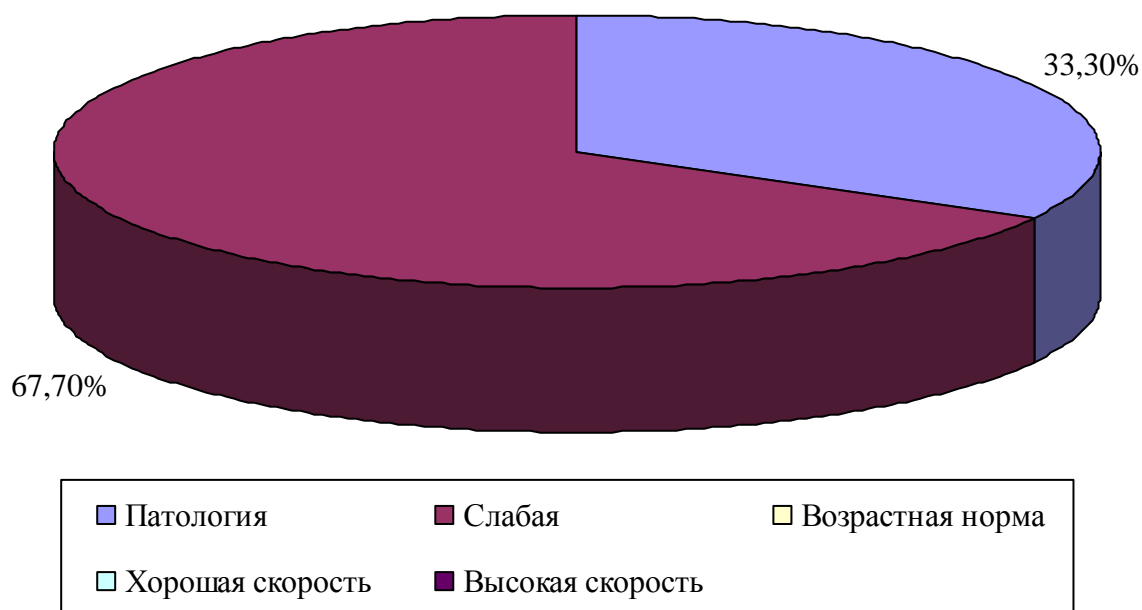


Рисунок 2 - Результаты исследования точности выполнения теста Тулуз-Пьерона (констатирующий этап эксперимента)

Проводя качественный анализ полученных в ходе обследования данных можно заметить тенденцию роста количества ошибок с возрастанием скорости выполнения теста. Дети с СДВГ плохо контролируют свою деятельность, поэтому не замечают нарастания ошибок. Им нравится, когда они успевают обрабатывать все больше и больше знаков в строке. Однако нарастание скорости у них идет за счет снижения точности. В норме же появление ошибок тормозит деятельность, а отсутствие – напротив, ускоряет.

Анализируя характер ошибок детей, стоит отметить их несистематичность, когда невозможно обнаружить какую-либо закономерность, в соответствии с которой происходит значительное отклонение от инструкции, что свидетельствует о нарушении концентрации внимания.

У ряда детей ошибки возрастали пропорционально расстоянию от образцов, т. е. по мере продвижения вправо и вниз на ответном бланке, в таком случае можно говорить о нарушении объемных характеристик внимания, сужении поля внимания.

В работах детей встречались случаи выпадения и подмены образцов. Выпадение характеризуется тем, что один из квадратиков-образцов систематически подчеркивается, переставая тем самым выступать в качестве образца. Подмена заключается в систематическом вычеркивании вместо образцов сходных, но имеющих зеркальную право-левую ориентацию. Подобные ошибки говорят об ослабленности оперативной памяти.

Наиболее многочисленными оказались ошибки двойного обозначения знака, когда ребенок сначала подчеркивает, а затем зачеркивает квадратик-образец, подобного рода исправления свидетельствуют о нарушении функции переключаемости внимания. Такие ошибки особенно характерными оказались для детей, показатели точности которых попали в пределы патологии.

Если значение показателя точности выполнения теста попадает в зону патологии, то вероятность ММД (минимальной мозговой дисфункции) исключительно высока.

В ходе нашего обследования было выявлено четверо детей, показатель точности которых попадал в зону патологии, а также два ребенка показатели точности и скорости которых характеризовались как слабые, что также позволяет нам предположить наличие ММД.

При заполнении теста эти дети работают на средней или хорошей скорости, которая несколько возрастает к 4-5 строчке и слегка падает в конце. Ошибки появляются, начиная со 2-3 строчки, но количество их нарастает очень быстро, так что точность выполнения теста оказывается низкой. Характерным для данных детей является повышенная умственная утомляемость.

Исследование с помощью методики эмоционально-цветовой аналогии (цветописи) (А.Н.Лутошкина) проводилось в течение одной недели. Дети ежедневно отмечали в «Дневниках настроения» свое эмоциональное состояние.

Исследование с помощью методики эмоционально-цветовой аналогии (цветописи) (А.Н.Лутошкина) показало, что в группе преобладают позитивно стимулирующие цвета (красный, оранжевый) и умеренные, стабилизирующие (желтый и зеленый). Реже в дневниках настроения дети использовали синие и фиолетовые цвета, показывающие грусть и тревожность ребенка. И лишь в единичных случаях отмечались дни черным цветом.

Графически динамика эмоциональных состояний в группе по дням представлена на рисунке 3.

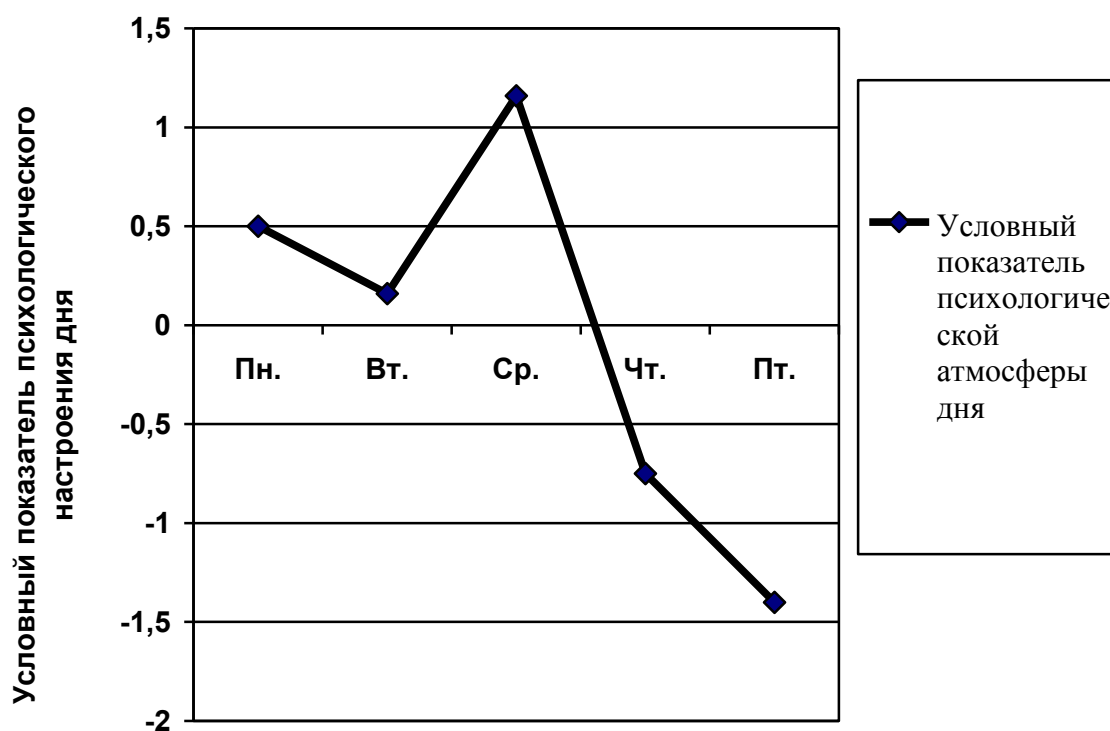


Рисунок 3 - Динамика эмоциональных состояний в группе по дням, пн.- понедельник, вт. – вторник, ср. – среда, чт. – четверг, пт.- пятница

На графике видно, что позитивное отношение преобладает у детей в середине недели, в то время как приходят дошкольники на занятия в начале

недели с умеренным, стабильным настроем, но к концу недели дети отмечают негативные и напряженные состояния, что обусловлено повышенной утомляемостью.

Затем мы проанализировали результаты диагностики самоконтроля и произвольного запоминания у экспериментальной группы детей дошкольного возраста с помощью методики «Цепочка действию». Детям в непринужденной форме, но медленно и четко предлагалось выполнить ряд последовательных действий.

Результаты исследования с помощью методики «Цепочка действию» на констатирующем этапе эксперимента показали, что у большинства дошкольников с СДВГ(67,74%) средний уровень самоконтроля и произвольного запоминания, у 4 детей (33,3%) отмечен низкий уровень

Таблица 3

Результаты исследования уровня самоконтроля и произвольного запоминания у детей дошкольного возраста с помощью методики «Цепочка действию» (констатирующий этап эксперимента)

Уровень	Количество человек	%
Низкий	4	33,3
Средний	8	67,7
Высокий	-	

Мы отметили, что у 8 детей не возникает больших затруднений при выполнении заданий, однако им было сложно спланировать собственные действия, было допущено по 1 ошибке.

Наглядно результаты исследования уровня самоконтроля и произвольного запоминания у детей дошкольного возраста с помощью методики «Цепочка действию» на констатирующем этапе эксперимента представлены на рисунке 4.

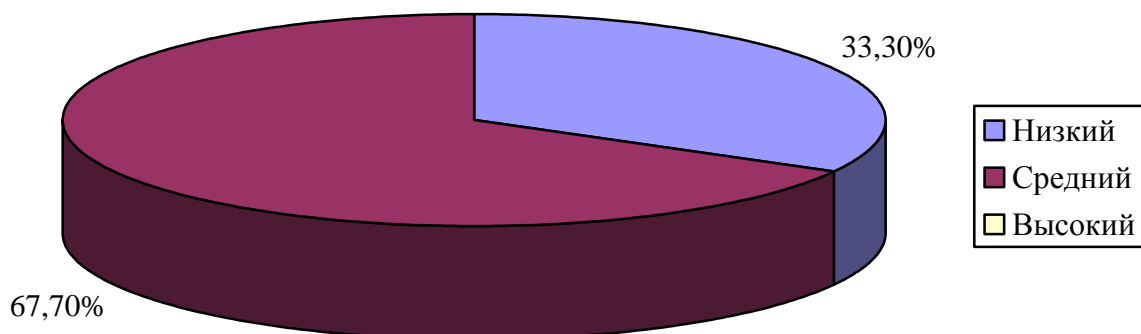


Рисунок 4 - Результаты исследования уровня самоконтроля и произвольного запоминания у детей дошкольного возраста с помощью методики «Цепочка действия» (констатирующий этап эксперимента)

Четырем дошкольникам в ходе выполнения задания, было очень сложно контролировать последовательность выполнения заданий. Детям было сложно сосредоточиться на заданиях, они часто отвлекались, допускали множественные ошибки в последовательности выполнения цепочки заданий, некоторые задания были ими упущены,

Таким образом, у детей с СДВГ скорость внимания в большинстве случаев соответствует возрастным нормативам. Точность внимания у преобладающего большинства испытуемых оказалась ниже средневозрастной нормы, также отмечены результаты в пределах патологии. Позитивное отношение к занятиям у детей с СДВГ преобладает в середине недели, в то время как приходят дошкольники на занятия в начале недели с умеренным, стабильным настроением, но к концу недели дети отмечают негативные и напряженные состояния. У дошкольников данной группы недостаточно сформировано внимание, сосредоточенность, способность к пониманию, принятию и удержанию задания, а это значит, что уровень самоконтроля у этих детей развит в недостаточной степени для систематического обучения.

### **2.3. Содержание коррекционно-развивающей работы на формирующем этапе исследования**

Результаты исследований последних лет позволили по-новому оценить коррекционно-развивающие возможности физического воспитания в развитии ребенка (Н.П. Вайзман, А.А. Дмитриев, В.М. Мозговой и др.). Ввиду своего основополагающего значения, универсальности, естественности и доступности для детей, этот вид воспитания должен занимать ведущее место в общем комплексе медико-психолого-педагогических воздействий. Все это обуславливает необходимость создания на основе системно-комплексного подхода современной коррекционно-педагогической технологии, объединяющей усилия различных специалистов, работающих в сфере дошкольного образования, призванных воспитать здорового ребенка с оптимальным физическим и психическим развитием. Выявленные психофизические особенности у детей с СДВГ доказывают необходимость разработки коррекционно-педагогической технологии, включающей доступные, методически обоснованные и специально подобранные коррекционные мероприятия.

По результатам диагностики нами была разработана программа, предполагающая коррекцию и профилактику социальной дезадаптации в развитии детей с СДВГ с помощью обучения их элементам эффективного и позитивного руководства собственным поведением.

Программа состоит из 12 занятий. Основное внимание в данной программе уделяется игре. В игре ребенок осуществляет базисную потребность человека – самореализацию (самоактуализацию), причем происходит это на фоне повышенного интереса (важный признак любой игры!), что при достижении эффективных норм поведения и выработке его новых продуктивных ведет к высоко-эмоциональной фиксации полученного опыта. Игра в группе способствует тому, что ребенок более глубоко и не целенаправленно воспринимает себя и окружение, учится строить свои



взаимоотношения с окружающим его миром, понимает суть неудач и ошибок, возникающих вследствие неверного понимания законов сосуществования.

Групповая игровая деятельность имеет огромное значение в коррекции эмоциональных и поведенческих нарушений при СДВГ. С помощью групповой игры довольно успешно удается укрепить уверенность ребенка в своих силах, создать непринужденность в контактах и выработать адекватные навыки общения.

Регулярное использование игровых тренингов создаёт предпосылки плавного перехода от игровой практики к учебной и общественно-полезной деятельности ребенка.

Режим проведения – 2 раза в неделю. Время проведения 45 – 60 мин. Число участников группы – 4-6 человек, возраст – 6-7 лет. Занятия могут проводиться индивидуально. Занятия следует проводить в отдельном кабинете. Для занятий необходимы - аудиотехника, ковровое покрытие, спортивный инвентарь.

Психологи у детей с СДВГ отмечают, что дефицит внимания, как правило, проявляется в том, что ребенок с трудом сохраняет внимание при выполнении учебных заданий, не выполняет инструкций, которые дают взрослые, испытывает трудности в организации самостоятельной работы, часто отказывается от видов деятельности, требующих дополнительных усилий, легко отвлекается и др.; гиперактивность выражается в беспокойных движениях, в бесцельной двигательной активности, в излишней «говорливости» и др.; импульсивность проявляется в том, что ребёнку трудно дождаться своей очереди в разных ситуациях (катание с горки, ответ на занятия и т.д.), он перебивает взрослых и сверстников, отвечает на вопросы раньше, чем дослушает их до конца.

Установлено, что у детей с СДВГ наблюдаются особенности поведения:

- выраженная психомоторная расторможенность;

- трудность выработки у ребёнка тормозных реакций и запретов, адекватных возрасту форм поведения (трудность организации поведения даже в пределах подвижных игр);
- склонность к неискренности, примитивным вымыслам;
- повышенная склонность неправильным формам поведения, отражающая реакции имитации отклонений поведения сверстников, более старших детей либо взрослых;
- инфантильные истероидные проявления с двигательными разрядами, громким и настойчивым плачем и криком;
- импульсивность поведения, эмоциональная заражаемость, вспыльчивость, обуславливающие ссоры и драки, возникающие по незначительному поводу;
- реакции упрямого неподчинения и негативизма с озлобленностью, агрессией в ответ на наказание, замечания, запреты; энурез, побеги, как реакция активного протеста.

Всё это приводит к дезадаптации гиперактивных детей.

Оптимизация процесса обучения детей с СДВГ должна носить комплексный характер. Как правило, в команду заинтересованных участников входят врач-невролог, психолог, педагог и обязательно – родители.

Представленная программа, является одним из элементов комплексного подхода в коррекции СДВГ.

Цель программы: профилактика социальной дезадаптации детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью (СДВГ), с помощью обучения их элементам эффективного и позитивного руководства собственным поведением.

Задачи:

1. Оказание психологической помощи ребёнку в развитии контроля двигательной активности. (Тренировка усидчивости).

2. Оказание психологической помощи ребёнку в развитии контроля импульсивности. (Тренировка выдержки).
3. Оказание психологической помощи ребёнку в развитии концентрации внимания (в слуховой и зрительной модальностях).

В программе уделено внимание трём темам:

- Тренировка внимания;
- Тренировка усидчивости;
- Тренировка контроля импульсивности.

Но, т.к. эти темы могут раскрываться одновременно в одном занятии, то в данной программе нет специальной группировки по темам.

Программа рассчитана на 12 часов. При необходимости, возможно неоднократное её повторение.

Содержание программы:

Занятие 1.

1. Разминка. «Снеговик». И.п. – стоя. Ребенку предлагается представить, что он только что слепленный снеговик. Тело должно быть напряжено, как замерзший снег. Пришла весна, пригрело солнце, и снеговик начал таять. Сначала «тает» и повисает голова, затем опускаются плечи, расслабляются руки и т.д. В конце упражнения ребенок мягко па дает на пол и лежит как лужица воды. Необходимо расслабиться. Пригрело солнышко, вода в лужице стала испаряться и превратилась в легкое облачко. Дует ветер и гонит облачко по небу.

2. Игра «Говори!» (развитие внимания, контроля импульсивности)  
Дети сидят в кругу. Взрослый говорит: «Я буду задавать вопросы, но отвечать на них можно будет только после того, как я дам команду «Говори!» Отвечать можно всем вместе. Но только после команды». Давайте потренируемся: «Какое сейчас время года? Говори! Какого цвета у нас занавески? Говори! Какой сегодня день недели? Говори!» В эту игру можно научить играть родителей гиперактивных детей.

3. Упражнение «Рубка дров». Цель: снижение агрессии. И.п. – стоя. Каждый участник должен представить себе, что он рубит дрова из нескольких чурок. Он должен пантомимически поставить чурку на пень, высоко над головой поднять топор и с силой опустить его на чурку. Всякий раз при опускании топора он должен громко крикнуть: «Ха!» Затем поставить перед собой следующую чурку и рубить вновь. Через 2 минуты каждый участник говорит, сколько чурок он разрубил.

4. Релаксация. «Раскачивающееся дерево». И.п. – стоя. Предложите ребенку представить себя каким-нибудь деревом. Корни – это ноги, ствол – туловище, крона – руки и голова. Начинает дуть ветер, и дерево плавно раскачивается – наклоняется вправо и влево (3–5 раз), вперед и назад. Во время выполнения движений необходимо стремиться соблюдать ритмичность дыхания. В результате выполнения упражнения усиливается деятельность внутренних органов, улучшается эластичность легких, особенно нижних отделов, и кровообращение головного мозга

## Занятие 2

1. Разминка. «Лучики». И.и. – сидя на полу. Поочередное напряжение и расслабление:

- шеи, спины, ягодиц;
- правого плеча, правой руки, правой кисти, правого бока, правого бедра, правой ноги, правой стопы;
- левого плеча, левой руки, левой кисти, левого бока, левого бедра, левой ноги, левой стопы.

2. Игра «О рыбаке и рыбке» Цель: Развитие внимания, контроля импульсивности, и контроля двигательной активности.

Дети делятся на пары. Один расставляет руки и держит их на уровне бёдер, примерно в 25 см друг от друга. Это «ловушка, сеть для рыбы». Задача второго – провести свою руку между обеими сторонами ловушки, не касаясь её. Ловушка в любую секунду может захлопнуться, и раба окажется «в сети». Если рыбак поймал рыбу, то они меняются ролями.

3. Упражнение «Перекрёстные шаги» Выполняются шаги. В такт движению левой ногой нужно коснуться её правой рукой и, наоборот, при движении правой ногой нужно коснуться её левой рукой.

4. Релаксация. «Кулачки». Цель: освоение и закрепление позы покоя и расслабления мышц рук. И.п. – сидя на полу. Педагог: «Сожмите пальцы в кулачок покрепче. Руки положите на колени. Сожмите их сильно-сильно, чтобы косточки побелели. Руки устали. Расслабили руки. Отдыхаем. Кисти рук потеплели. Легко, приятно стало. Слушаем и делаем, как я. Спокойно! Вдох – пауза, выдох – пауза!

Повторяется 3 раза.

Занятие 3

1. Разминка. Детям предлагается сесть удобно, закрыть глаза и сосредоточить внимание на своем теле; выполнить 3–4 цикла глубокого дыхания в индивидуальном темпе, обращая внимание только на дыхание. Затем напрячь все тело, как можно сильнее, через несколько секунд напряжение сбросить, расслабиться; проделать то же самое с каждой частью тела.

2. Игра «Черепашка». Цель: развитие двигательного контроля. Педагог встает у одной стены помещения, играющие – у другой. По сигналу педагога дети начинают медленное движение к противоположной стене, изображая маленьких черепашек. Никто не должен останавливаться и спешить. Через 2–3 минуты педагог подает сигнал, по которому все участники останавливаются. Побеждает тот, кто оказался самым последним. Упражнение может повторяться несколько раз.

3. Упражнение «Ленивые «восьмёрки» рисуются ручкой, рукой, обеими руками, носом, всем корпусом, одновременно с руками и т.п. «Восьмёрка» похожа на знак бесконечности, выводится из центра влево вверх; выполняется по три раза каждой рукой.

4. Релаксация. «Олени». Цель: освоение и закрепление позы покоя и расслабления мышц рук. Педагог: «Представьте себе, что вы – олени.

Поднимите руки над головой, скрестите их, широко расставив пальцы. Напрягите руки. Они стали твердыми! Нам трудно и неудобно держать так руки, уроните их на колени. Расслабьте руки. Спокойно. Вдох – пауза, выдох – пауза.

#### Занятие 4

1. Разминка. «Половинка». И.п. – сидя на полу. Ребенку предлагается поочередно напрягать левую и правую половины тела, затем верхнюю и нижнюю половины тела.

2. Игра «Дотронься до...» Цель: Развитие мышления и внимания. Все дети ходят по комнате, а ведущий просит их дотронуться до: деревянного предмета; круглого предмета; жёлтого предмета; куколки; железной машинки, паровозика и т.д.

3. Упражнение «Руки – ноги» Цель: развитие концентрации внимания и двигательного контроля снижение импульсивности И. п. – стоя. Прыжки на месте с одновременными движениями руками и ногами. Ноги вместе – руки врозь. Ноги врозь – руки вместе. Ноги вместе – руки вместе. Ноги врозь – руки врозь.

Цикл прыжков повторить несколько раз.

4. Релаксация. «Загораем». Цель: расслабление мышцы ног. Педагог: «Представьте себе, что наши ноги загорают на солнышке (вытянуть ноги вперед, сидя на полу). Поднимите ноги, держите на весу. Ноги напряглись (можно предложить ребенку самому потрогать, какими твердыми стали его мышцы). Напряженные ноги стали твердыми, каменными. Опустите ноги. Они устали, а теперь отдыхают, расслабляются. Как хорошо, приятно стало. Вдох – пауза, выдох – пауза.

#### Занятие 5

1. Разминка. «Половинка». Цель: оптимизация тонуса мышц. И.п. – сидя на полу. Общее напряжение тела. Расслабление. Напряжение и расслабление по осям: верх- низ (напряжение верхней половины тела, напряжение нижней половины тела), левостороннее и правостороннее

(напряжение правой и затем левой половины тела), напряжение левой руки и правой ноги, а затем правой руки и левой

2. Игра «Дракон». Цель: развитие двигательного контроля и навыков взаимодействия со сверстниками. Участники стоят друг за другом, держась за талию впереди стоящего ребенка. Первый ребенок – это «голова дракона», последний – «кончик хвоста». Дракон будет ловить свой хвост. Остальные дети должны цепко держаться друг за друга. Если дракон не поймает свой хвост за определенное время, то на место головы дракона встает другой ребенок.

3. Упражнение «Руки–ноги». Цель: развитие концентрации внимания и двигательного контроля, снижение импульсивности. И.п. – стоя. Прыжки на месте с одновременными движениями руками и ногами. Ноги вправо — руки влево. Ноги влево – руки вправо. Ноги вправо – руки вправо. Ноги влево – руки влево.

Цикл прыжков повторить несколько раз.

4. Релаксация. «Штанга». Цель: расслабление мышц рук, ног, корпуса.

И.п. – стоя. Педагог: «Встаньте. Представьте, что вы поднимаете тяжелую штангу. Наклонитесь, возьмите ее. Сожмите кулаки. Медленно поднимите руки. Они напряжены! Тяжело! Руки устали, бросаем штангу (руки резко опускаются вниз и свободно опускаются вдоль туловища). Они расслаблены, не напряжены, отдыхают. Легко дышится. Вдох — пауза, выдох – пауза.

Занятие 6

1. Разминка. «Медуза». Сидя на полу, совершать плавные движения руками, подражая медузе, плавающей в воде.

2. Игра «Дождик» Цель игры: Развитие внимания, контроля импульсивности. Дети сидят в кругу на стульях. Взрослый говорит: «Дети, на улице пошёл мелкий дождик, – можно идти гулять», – все дети двигаются по комнате под спокойную музыку, и начинают постукивать одним пальцем правой руки по левой ладони. Дети повторяют: «дождик стал сильнее», –

дети стучат двумя пальцами, потом тремя, четырьмя. «Пошёл сильный дождь», – дети хлопают ладошами. «Загремел гром», – дети стучат ногами. «Гроза прошла, но дождь ещё очень сильный», – дети хлопают в ладоши. «Дождь постепенно стихает», – дети постукивают пальчиками по ладошам. На улице светло и сухо, можно идти гулять», – все дети двигаются по комнате.

3. Упражнение «Руки-ноги». Цель: развитие концентрации внимания и двигательного контроля, уменьшение импульсивности. И.п. – стоя. Прыжки на месте с одновременными движениями руками и ногами. Левая рука вперед, правая рука назад, правая нога вперед, левая нога назад.

4. Релаксация. «Парусник». Детям предлагается изобразить своим телом лодку с парусом: встать на колени, носочки оттянуть, пальцами ног касаться друг друга, пятки несколько развести. Сесть на пятки или между ними. Пальцы рук сплести в замок за спиной. Педагог: «Подул ветерок, и парус расправился, надулся (на выдохе, не расцепляя рук, выпятить грудь, свести лопатки, голову откинуть назад). Ветер утих и парус «сник» (на выдохе голову опустить как можно ниже, плечи вперед так, чтобы спина стала круглой)».

## Занятие 7

1. Разминка. «Лучики». И.п. – сидя на полу. Ребенку предлагается поочередно напрягать и расслаблять левое плечо, левую руку, левый бок, левую ногу. Затем правое плечо, правую руку, правый бок, правую ногу.

2. Игра «Давайте поздороваемся» Цель: Развитие контроля импульсивности. Дети по сигналу ведущего начинают хаотично двигаться по комнате и здороваться со всеми, кто встречается на их пути. Здороваться нужно определённым образом: 1 хлопок – здороваемся за руку; 2 хлопка – здороваемся плечиками; 3 хлопка – здороваемся спинками.



3. Упражнение «Буратино». Цель: развитие концентрации внимания и двигательного контроля, снижение импульсивности. И. п. — стоя.

Правая рука вверх + прыжок на левой ноге. Левая рука вверх + прыжок на правой ноге. Правая рука вверх + прыжок на правой ноге. Левая рука вверх + прыжок на левой ноге.

Цикл прыжков повторить несколько раз.

4. Релаксация. «Любопытная Варвара». Цель: расслабление мышц шеи.

а) Педагог: «Поверните голову влево, постарайтесь это сделать так, чтобы увидеть как можно дальше. Сейчас мышцы шеи напряжены! Потрогайте шею справа, мышцы стали твердые, как каменные. Вернитесь в исходное положение. Аналогично в другую сторону. Вдох -- пауза, выдох— пауза.

Движения повторяются по 2 раза в каждую сторону.

б) Педагог: «Теперь поднимите голову вверх. Посмотрите на потолок. Больше откиньте голову назад! Как напряглась шея! Неприятно! Дышать трудно. Выпрямьтесь. Легко стало, свободно дышится. Вдох – пауза, выдох – пауза.

в) Педагог: «Сейчас медленно опустите голову вниз. Напрягаются мышцы шеи. Сзади они стали твердыми. Выпрямите шею. Она расслаблена. Приятно, хорошо дышится.

Вдох – пауза, выдох – пауза.

Занятие 8

1. Разминка. «Лучики». И.п. – сидя на полу.

2. Игра «Каратист». Цель: развитие двигательного контроля, снижение импульсивности. Участники образуют круг, в центре которого на полу лежит физкультурный обруч. Один из участников встает в обруч и превращается в «каратиста», выполняя резкие движения руками и ногами. Остальные дети вместе с педагогом хором произносят: «Сильнее, еще сильнее», помогая игроку выплеснуть агрессивную энергию интенсивными движениями.

3. Игра «Пчелка». Цель: развитие двигательного контроля и снижения ипульсивности. Все участники превращаются в пчелок, которые «летают» и громко жужжат. По сигналу педагога: «Ночь» – «пчелки» садятся и замирают. По сигналу педагога: «День» – «пчелки» снова летают и громко «жужжат».

4. Упражнение «Слон» Согнуть ноги в коленях, прижать голову к плечу и вытянуть руку вперед, с поднятым большим пальцем, вторая рука опущена вдоль туловища. Использовать работу мышц грудной клетки таким образом, чтобы начать движение верхней части тела в процессе начертания ленивой восьмёрки в воздухе, свой взгляд не отрывая от большого пальца.

5. Релаксация. «Шарик». Цель: расслабление мышц живота. Педагог: «Представьте, что вы надуваете воздушный шар. Положите руку на живот. Надувайте живот, будто это большой воздушный шар. Мышцы живота напрягаются. Это сильное напряжение неприятно! Сделайте спокойный вдох животом как, чтобы рукой почувствовать небольшое напряжение мышц. Плечи не поднимайте. Вдох – пауза, выдох – пауза. Мышцы живота расслабились. Стали мягкими. Теперь легко сделать новый вдох. Воздух сам легко входит внутрь. И выдох свободный, ненапряженный!

#### Занятие 9

1. Разминка. «Травинка на ветру». Детям предлагается изобразить всем телом травинку (сесть на пятки, руки вытянуть вверх, сделать вдох). Педагог: «Начинает дуть ветер, и травинка наклоняется до земли (выдыхая, наклонить туловище вперед, пока грудь не коснется бедер; руки при этом вытягиваются вперед, ладони на полу; не меняя положения туловища, потянуть руки по полу еще дальше вперед). Ветер стихает, травинка выпрямляется и тянется к солнышку (на вдохе вернуться в исходное положение, потянуться вверх).

2. Игра «Шалуны». Цель: развитие произвольной регуляции. Педагог по сигналу (удар в бубен, колокольчик и т. д.) предлагает детям пошалить: бегать, прыгать, кувыркаться. По второму сигналу ведущего все шалости должны прекратиться. Упражнение повторяется несколько раз.

3. Упражнение «Перекрестное марширование». Цель: развитие межполушарного взаимодействия. На первом этапе ребенок медленно шагает, попеременно касаясь то правой, то левой рукой противоположного колена (перекрестные движения). Педагог на этапе освоения упражнения отсчитывает 12 раз в медленном темпе. На втором этапе ребенок также шагает, но уже касаясь одноименного колена (односторонние движения). Также 12 раз. На третьем и пятом этапах – перекрестные движения, на четвертом – односторонние. Обязательное условие – начинать и заканчивать упражнение перекрестными движениями. После того как ребенок освоил данное упражнение под внешний счет, можно предложить выполнить его самостоятельно, считая и контролируя последовательность и переключение с движения на движение.

4. Релаксация. «Пляж». Цель: развитие мышечного контроля, снижения импульсивности. И.п. – лежа. Предложите ребенку закрыть глаза и представить, что он лежит на теплом песке. Ласково светит солнышко и согревает его. Веет легкий ветерок. Он отдыхает, слушает шум прибоя, наблюдает за игрой волн и танцами чаек над водой. Пусть прислушается к своему телу. Почувствует позу, в которой он лежит. Удобно ли ему? Пусть попытается изменить свою позу так, чтобы ему было максимально удобно, чтобы он был максимально расслаблен. Пусть представит себя всего целиком и запомнит возникший образ. Затем нужно потянуться, сделать глубокий вдох и выдох, открыть глаза, медленно сесть и аккуратно встать.

### Занятие 10

1. Разминка. «Дерево». И.п. – сидя на корточках. Ребенку предлагается спрятать голову в колени, колени обхватить руками. Это семечко, которое постепенно прорастает и превращается в дерево. Пусть ребенок медленно поднимается на ноги, затем распрямляет туловище, вытягивает руки вверх. Затем нужно напрячь мышцы тела и вытянуть его вверх. Подул ветер: пусть ребенок раскачивает тело, имитируя дерево.

2. Игра «Что исчезло?». Цель: развитие концентрации внимания. И.п. – сидя на полу. Перед каждым ребенком поочередно раскладываются предметы. Их просят внимательно посмотреть на них и запомнить. Затем ребенок закрывает глаза, а педагог убирает один предмет. Задача ребенка назвать исчезнувший предмет.

3. Упражнение «Мельница». Цель: развитие межполушарного взаимодействия. И.п. – стоя. Предложите ребенку делать одновременные круговые движения рукой и ногой. Сначала левой рукой и левой ногой, правой рукой и правой ногой, левой рукой и правой ногой, правой рукой и левой ногой. Сначала вращение выполняется вперед, затем назад, затем рукой вперед, а ногой назад. Выполняйте так, чтобы рука и противоположная нога двигались одновременно с вращением глаз вправо, влево, вверх, вниз. Дыхание произвольное.

4. Релаксация. «Огонь и лед». Цель: развитие мышечного контроля, снижение импульсивности. Упражнение включает в себя попеременное напряжение и расслабление всего тела. Дети выполняют упражнение лежа. По команде педагога «огонь» дети начинают интенсивные движения всем телом. Плавность и степень интенсивности движения каждый ребенок выбирает произвольно. По команде «лед» дети застывают в позе, в которой их застигла команда, напрягая до предела все тело. Педагог несколько раз чередует обе команды, произвольно меняя время выполнения той и другой.

### Занятие 11

1. Разминка. «Подвески». И.п. – сидя на полу. Детям предлагается представить, что они куклы-марионетки, которые после выступления висят на гвоздиках в шкафу. Педагог: «Представьте себе, что вас подвесили за руку, за палец, за шею, за плечо и т.д. Ваше тело фиксировано в одной точке, все остальное – расслаблено, болтается». Упражнение выполняется в произвольном темпе, лучше с закрытыми глазами. Педагог следит за

степенью расслабленности тела у детей, акцентируя внимание на напряженных местах.

2. Игра «Кто летает?». Цель: развитие концентрации внимания. Дети садятся на полу кругом, педагог называет предметы. Если предмет летает – дети поднимают руки, если не летает – руки у детей опущены. Когда педагог сознательно ошибается, детям необходимо своевременно удержаться и не поднять руку. Ребенок, который не удержался, должен заплатить фант и выкупить его в конце игры, выполнив какое-либо задание.

3. Игра «Сороконожка». Цель: развитие навыков взаимодействия со сверстниками. Участники группы встают друг за другом, держась за талию впереди стоящего. По команде педагога «Сороконожка» начинает двигаться вперед, затем приседает, прыгает на одной ножке, проползает между препятствиями и т.д. Главная задача участников – не разорвать цепочку и сохранить «Сороконожку».

4. Упражнение «Крюки» Ноги перекрещены, руки перекрещены, вывернуты «назнанку», прижаты на уровне груди. Кончики пальцев раскрыты и касаются пальцев другой руки на уровне пупка. Кончики пальцев напряжены.

5. Релаксация. «Ковер-самолет». Педагог: «Мы ложимся на волшебный ковер-самолёт; ковер плавно и медленно поднимается, несет нас по небу, тихонечко покачивает, убаюкивая; ветерок нежно обдувает усталые тела, все отдыхают... Далеко внизу проплывают дома, поля, леса, реки и озера... Постепенно ковер-самолет начинает снижение и приземляется в нашей комнате (пауза)... Потягиваемся, делаем глубокий вдох и выдох, открываем глаза, медленно и аккуратно садимся».

## Занятие 12

1. Разминка. «Кошка». Каждый участник должен встать на четвереньки, опираясь на колени и ладони. На каждый шаг правой руки и левой ноги делать вдох, отводить голову назад, прогибать позвоночник вниз.

На каждый шаг левой руки и правой ноги делать выдох, шипеть, опускать подбородок к груди, выгибать спину вверх.

2. Игра «Снежинки» Цель игры: развитие координации движений, произвольности поведения, активизация работы мозга. Ведущий говорит: Представьте, пожалуйста, что вы – первые снежинки, которые падают на землю ранней зимой. Ажурные, лёгкие (дети разводят руки и пальцы в стороны). Сейчас снежинки будут под музыку медленно, медленно, плавно-плавно кружиться по комнате и тихонько напевать: «И-и-и». Как только музыка закончится, снежинки так же аккуратно, медленно и плавно сядут и лягут на ковёр, Руки ноги и тело расслаблены. Но вот опять поднялся ветер – и снежинки снова под музыку закружились ...

3. Упражнение «Ленивые «восьмёрки». Рисовать ручкой, рукой, обеими руками, носом, всем корпусом, одновременно с руками и т.п. «Восьмёрка» похожа на знак бесконечности, выводится из центра влево вверх; выполняется по три раза каждой рукой.

4. Релаксация. «Море». И.п. – сидя на полу или стоя. Ребенок вместе с педагогом рассказывает историю и сопровождает ее соответствующими движениями: «На море плещутся волны маленькие и большие (сначала одной, а затем другой рукой в воздухе рисует маленькие волны; руки сцеплены в замок – рисует в воздухе большую волну. По волнам плывут дельфины (совершает синхронные волнообразные движения всей рукой вперед). Они сначала вместе, а потом по очереди ныряют в воду – один нырнул, другой нырнул (совершает поочередные волнообразные движения рук). За ними плывут их дельфинята (руки согнуты в локтях, прижаты к груди, кисти рук выполняют синхронные волнообразные движения вперед). Они ныряют вместе и по очереди (выполняет одновременные и поочередные волнообразные движения кистями рук). Вот так двигаются их хвостики (каждый палец поочередно совершает волнообразные движения). Вместе с дельфинами плавают медузы (руки, сжатые в кулаки, резко разжимаются). Все они танцуют и сменяются (вращение рук в лучезапястных суставах).

## 2.4. Количественный и качественный анализ результатов коррекции синдрома дефицита внимания с гиперактивностью

С целью выявления эффективности методов коррекции синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей в процессе обучения было вновь проведено исследование с помощью методик используемых на констатирующем этапе эксперименте.

В ходе проведенной работы произошла динамика:

- в уровне развития внимания (концентрации, устойчивости, переключаемости), психомоторного темпа, волевой регуляции, динамики работоспособности во времени;
- в развитии динамических особенностей личностных эмоциональных состояний, самочувствия личности в группе;
- в уровне самоконтроля и произвольного запоминания у детей старшего дошкольного возраста.

Результаты исследования показали, что в экспериментальной группе, у детей, с которыми проводились занятия, повысилась скорость выполнения теста Тулуз-Пьерона, дети со слабым уровнем приблизились к возрастной норме, увеличилось количество детей, с высокой скоростью выполнения теста Тулуз-Пьерона.

Таблица 4

Результаты исследования скорости выполнения теста Тулуз-Пьерона (контрольный этап эксперимента)

Критерий	Количество человек	%
Патология	-	
Слабая	-	-
Возрастная норма	6	50
Хорошая скорость	-	-
Высокая скорость	6	50

Анализ полученных данных позволяет заключить, что у испытуемых в 50% случаев скорость внимания соответствует возрастным нормативам; 50% испытуемых показали возрастную норму.

Наглядно результаты исследования скорости выполнения теста Тулуз-Пьерона на контрольном этапе эксперимента представлены на рисунке 5.

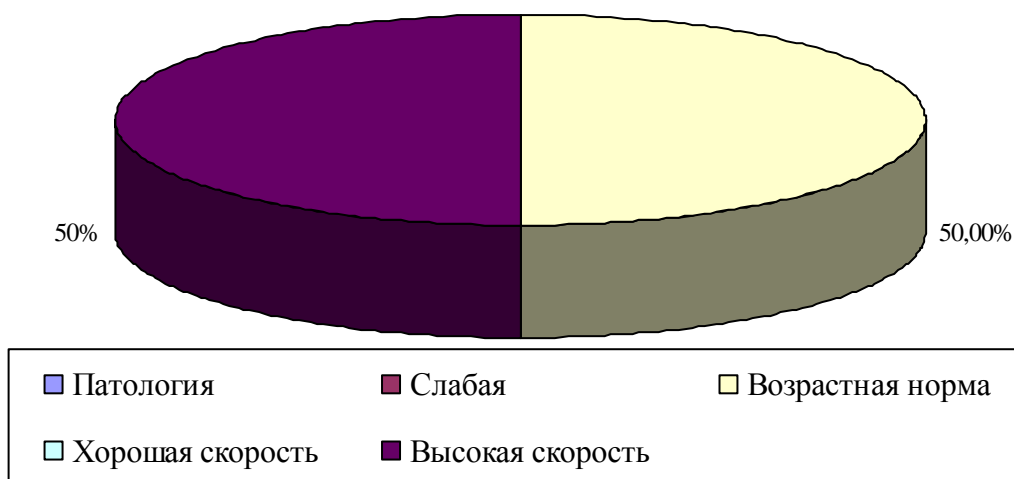


Рисунок 5 - Результаты исследования скорости выполнения теста Тулуз-Пьерона (контрольный этап эксперимента)

Таблица 5

Результаты исследования точности выполнения теста Тулуз-Пьерона (контрольный этап эксперимента)

Критерий	Количество человек	%
Патология	1	8,3
Слабая	6	50
Возрастная норма	5	41,7
Хорошая точность	-	-
Высокая точность	-	-

Точность внимания у большинства испытуемых – 50 % слабая, 41,7% детей показали результаты в пределах возрастной нормы, и только у одного



ребенка (8,3%) отмечен патологический уровень точности выполнения теста Тулуз-Пьерона.

Наглядно результаты исследования точности выполнения теста Тулуз-Пьерона на контрольном этапе эксперимента представлены на рисунке 6.

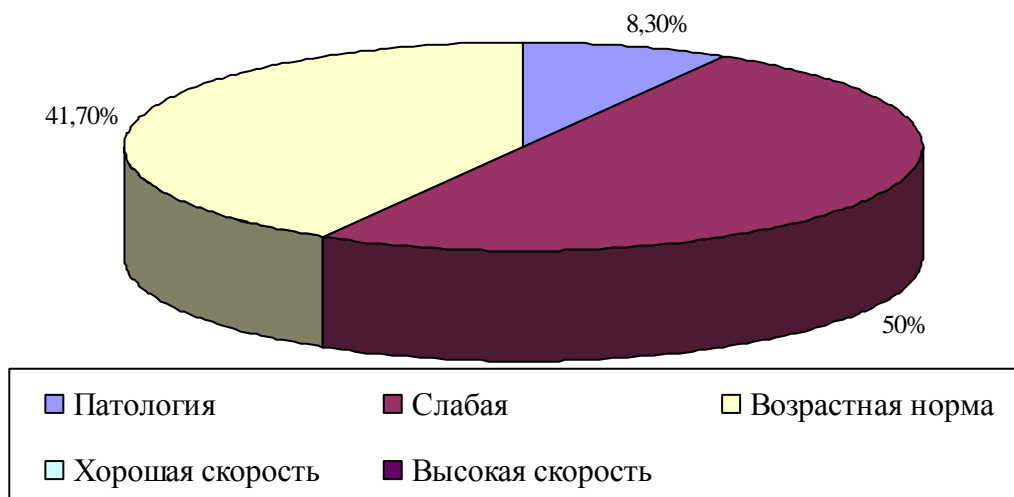


Рисунок 6 - Результаты исследования точности выполнения теста Тулуз-Пьерона (контрольный этап эксперимента)

Сравнительный анализ констатирующего и контрольного этапов представлен на рисунках 7 и 8.

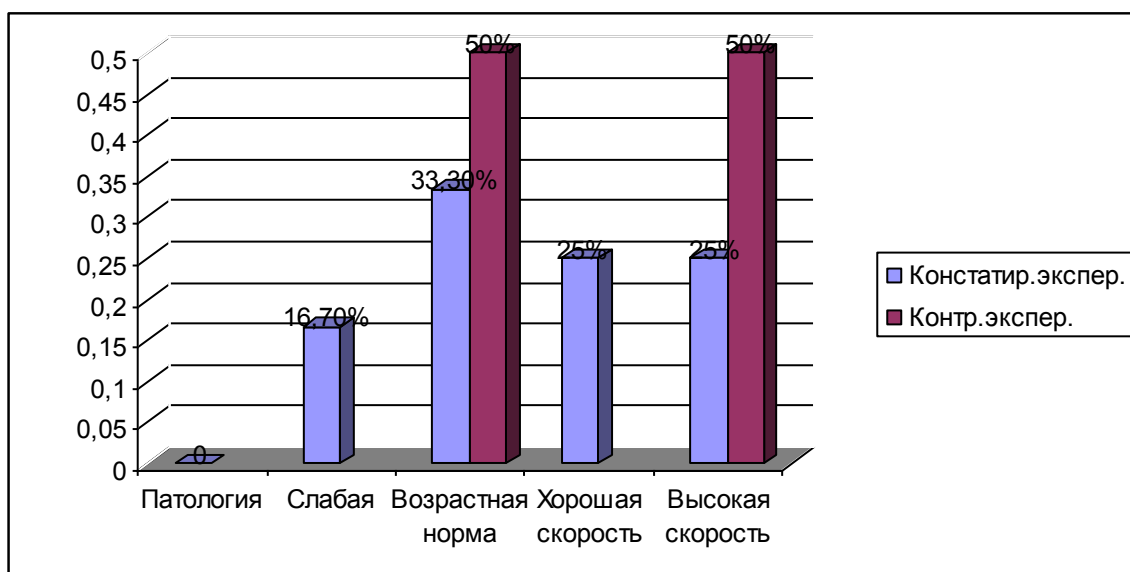


Рисунок 7 – Сравнительный анализ исследования скорости выполнения теста Тулуз-Пьерона

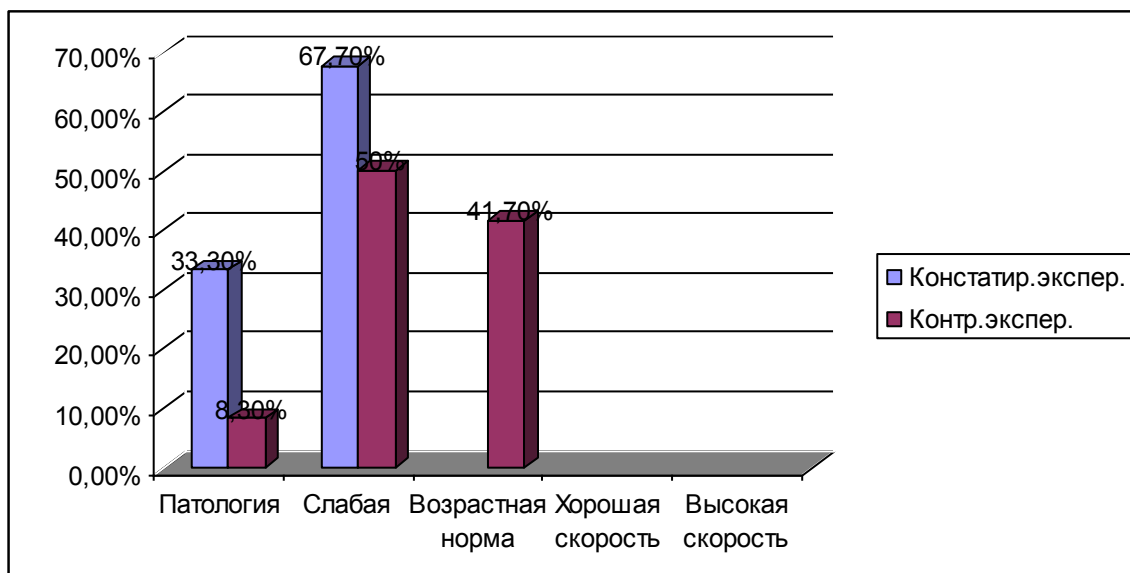


Рисунок 8 – Сравнительный анализ исследования точности выполнения теста Тулуз-Пьерона

Исследование с помощью методики эмоционально-цветовой аналогии (цветописи) А.Н.Лутошкина)) показало, что в группе преобладают позитивно стимулирующие цвета и умеренные, стабилизирующие. Динамика эмоциональных состояний на контрольном этапе эксперимента наблюдается более равномерной.

Графически динамика эмоциональных состояний в группе по дням представлена на рисунке 9.

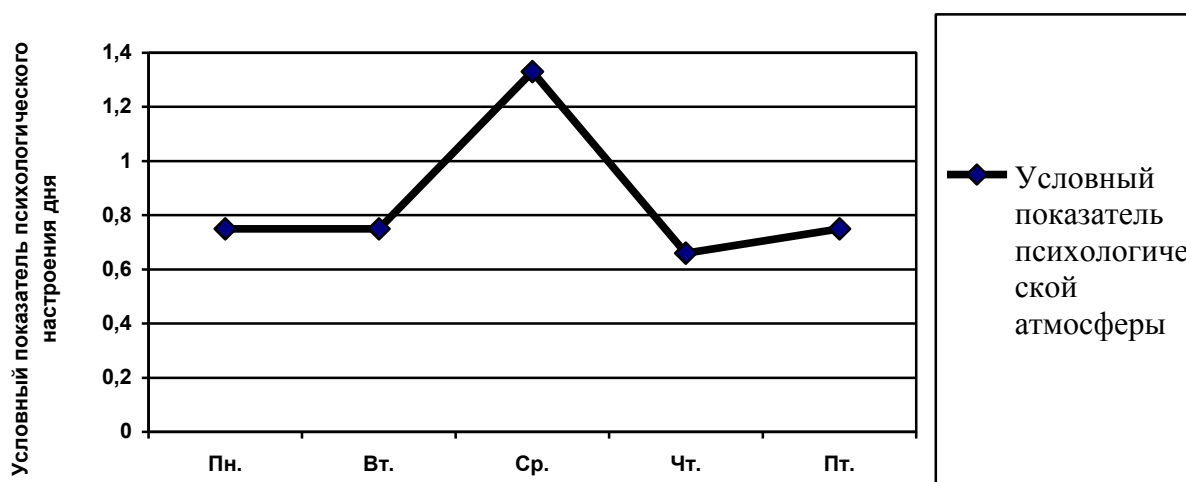


Рисунок 9 - Динамика эмоциональных состояний в группе по дням, пн.- понедельник, вт. – вторник, ср. – среда, чт. – четверг, пт.- пятница

Результаты исследования с помощью методики «Цепочка действию» на контрольном этапе эксперимента показали, что у большинства дошкольников с СДВГ средний уровень самоконтроля и произвольного запоминания – 66,7%, у 25% детей отмечен высокий уровень и только 1 (8,3%)ребенок показал низкий уровень самоконтроля.

Таблица 6

Результаты исследования уровня самоконтроля и произвольного запоминания у детей дошкольного возраста с помощью методики «Цепочка действию» (контрольный этап эксперимента)

Уровень	Количество человек	%
Низкий	1	8,3
Средний	8	66,7
Высокий	3	25

Наглядно результаты исследования уровня самоконтроля и произвольного запоминания у детей дошкольного возраста с помощью методики «Цепочка действию» на контрольном этапе эксперимента представлены на рисунке 10.

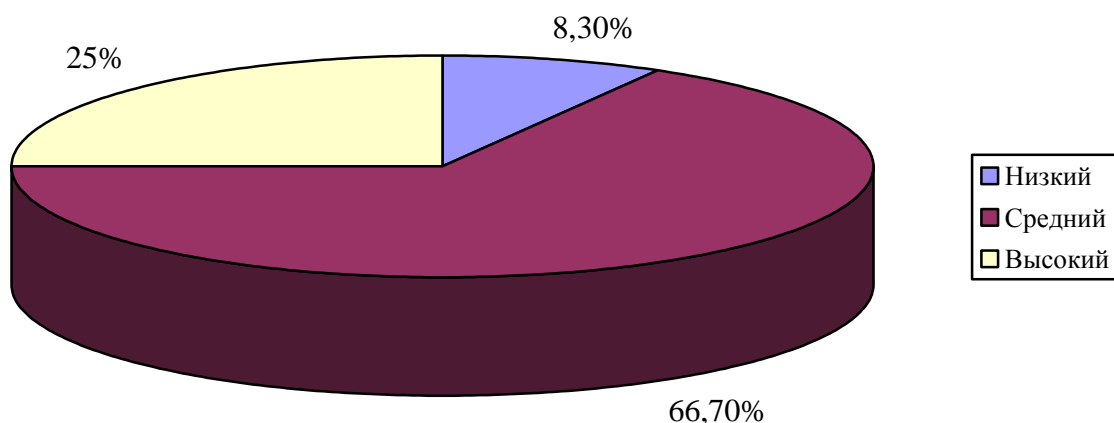


Рисунок 10 - Результаты исследования уровня самоконтроля и произвольного запоминания у детей дошкольного возраста с помощью методики «Цепочка действию» (контрольный этап эксперимента)

Сравнительный анализ исследования уровня самоконтроля и произвольного запоминания у детей дошкольного возраста с помощью методики «Цепочка действию» на констатирующем и контрольном этапах представлен на рисунке 11.

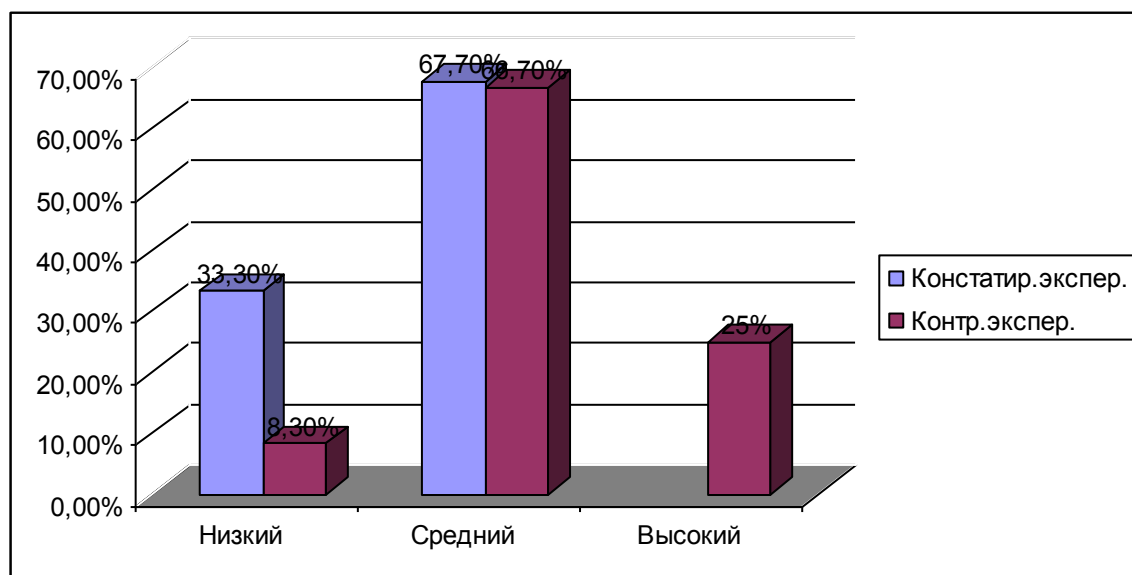


Рисунок 11 – Сравнительный анализ исследования уровня самоконтроля и произвольного запоминания у детей дошкольного возраста с помощью методики «Цепочка действию»

В результате проведенного нами исследования мы пришли к тому, что после проведения специально разработанных занятий уровень проявлений гиперактивности у детей исследуемой группы снизился.

Таким образом, полученные результаты подтверждают нашу гипотезу: особенности поведения детей с синдромом СДВГ дошкольного возраста эффективно корректируются в процессе обучения. У детей с синдромом СДВГ в процессе обучения повысился уровень развития внимания (концентрация, устойчивость, переключаемость), психомоторный темп, волевая регуляция. Наблюдается положительная динамика работоспособности во времени. Улучшились динамические особенности

личностных эмоциональных состояний, самочувствие личности в группе. Повысился уровень самоконтроля и произвольного запоминания.

Представив полученные данные, можно сделать вывод об эффективности методов коррекции синдрома СДВГ у детей дошкольного возраста проведенной экспериментальной работы.

Отметим, что коррекционно-развивающий эффект занятий с детьми с СДВГ может быть достигнут только при условии систематического обучения, с учетом возрастных и индивидуальных особенностей дошкольников.

## Заключение

В каждой группе детского сада встречаются дети, которым трудно сидеть на одном месте, молчать, подчиняться инструкциям. Они создают дополнительные трудности в работе воспитателям, потому что очень подвижны, вспыльчивы, раздражительны и безответственны. Гиперактивные дети часто задевают и роняют предметы, толкают сверстников, создавая конфликтные ситуации. Они часто обижаются, но о своих обидах быстро забывают.

Такие дети нередко бывают раздражительными, вспыльчивыми, эмоционально неустойчивыми. Им свойственна импульсивность поступков, поэтому они часто попадают в опасные ситуации. Эти черты приводят к затруднению в контактах со сверстниками, к агрессивному, неадекватному поведению. Неудачи, постоянные замечания со стороны взрослых, конфликты с детьми приводят к тому, что у ребенка легко формируется и фиксируется негативная самооценка и враждебность ко всему, возникают невротоподобные и психопатические расстройства.

Для ребенка группы риска характерны: неумение отвечать за свои поступки и действия, трудности общения с окружающими, связанные с несформированностью навыков взаимодействия, регуляцией поведения, двигательной расторможенностью, импульсивностью.

Такому ребенку необходима своевременная помощь, иначе в дальнейшем может сформироваться асоциальная и даже психопатическая личность.

Если ребенок гиперактивен, то трудности испытывает не только он сам, но и его окружение: родители, воспитатели, сверстники. Такой ребенок чувствует страх, тревогу, неуверенность. Отсюда маска клоуна, невротические проявления - тики, мигания, поиск удовольствий в игре и сексуальных играх. Возможно, добиться того, чтобы гиперактивный ребенок

стал послушным и покладистым не удастся, но научить его жить в мире и сотрудничать с ним – вполне посильная задача.

Дошкольный возраст – важный период развития личности ребенка, когда компенсаторные функции мозга велики, что позволяет предотвратить формирование стойких патологических проявлений. Этот период важен в плане предупреждения развития нарушений поведения. В работе с детьми с СДВГ необходим комплексный подход: медикаментозное лечение (назначает врач), элементы психотерапии и лечебной педагогики. В работе рекомендуется использовать два основных приема: сглаживание напряжения и следование за интересами ребенка.

Полученные в процессе эксперимента результаты подтверждают нашу гипотезу: При внедрении в социально-педагогическую деятельность коррекционно-развивающей работы у детей снижаются проявления синдрома дефицита внимания с гиперактивностью. У детей с синдромом СДВГ в процессе обучения повысился уровень развития внимания (концентрация, устойчивость, переключаемость), психомоторный темп, волевая регуляция. Проявилась положительная динамика работоспособности во времени. Улучшились динамические особенности личностных эмоциональных состояний, позитивного настроения и самочувствия личности в группе. Повысился уровень самоконтроля и произвольного запоминания. Обоснованность и достоверность результатов обеспечивается адекватностью методов исследования целям и задачам работы, подтверждением выдвинутой гипотезы исследования, репрезентативностью и статистической значимостью полученных экспериментальных данных, непосредственным участием автора на всех этапах работы.

## Список литературы

1. Адалин. Коррекция гиперактивности у детей. Причины гиперактивности у детей. Г. В. Болотовский. Л.С. Чутко, Ю.Д. Кропотов . Портрет гиперактивного ребенка в деталях. Е.В. Мурашова. URL:[http:// adalin.mospsy.ru](http://adalin.mospsy.ru).
2. Александровский А.Ю. Предболезненные состояния и пограничные психические расстройства. – М.: Литтерра, 2010 . – 272 с.
3. Бадалян Л.О. Детская неврология. – М.: МЕДпресс-информ, 2010. – 608 с.
4. Белоусова Е.Д., Никанорова М.Ю. Синдром дефицита внимания/гиперактивности // Российский вестник перинатологии и педиатрии.– 2010.– № 3.– С. 39–42.
5. Боголюбова О.Н., Галимзянова М.В., Корнев А.Н., Москвина Е.А., Яковлева М.Б. Поддержка и обучение родителей детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью. – под ред. Мухамедрахимовой Р.Ж. – СПб.: Изд-во С. – Петерб. Университета. – 2009. – 78 с.
6. Болотовский Г. В. Гиперактивный ребенок. – М.: Омега, 2010. –160 с.
7. Бордовская Н.В. Педагогика. Учебное пособие. - СПб.: Изд-во «РХГИ». – 2011. – 512 с.
8. Вебб Дж. Синдром гиперактивности и одаренные дети. URL: [http://www.kidsource.com/kidsource/content/ADHD\\_and\\_Gifted.html](http://www.kidsource.com/kidsource/content/ADHD_and_Gifted.html)
9. Волокитина Т.В. Мочалова Л.Н. Комплексная помощь детям раннего возраста с отклонениями в развитии. Опыт, проблемы, перспективы Материалы региональной науч.-практ. конф. Северодвинск, 16-17 апреля 2009 г. – Архангельск: Пресс-принт, 2010. – 74 с.
10. Воронина Ю.Г. Индивидуальная программа коррекционно-развивающего обучения и воспитания детей дошкольного возраста синдромом дефицита внимания с гиперактивностью Вестник



- Северного (Арктического) федерального университета. Серия «Медико-биологические науки». – 2014. – № 1. – С. 76–79.
11. Воронков Б.В. Психиатрия детского и подросткового возраста. – СПб: Наука и Техника. – 2012. – 288 с.
12. Габдракипова В.И. Эйдемиллер Э.Г. Психологическая коррекция детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью. – М.: Перспектива, 2010. – 44с.
13. Гарбузов В.И. Нервные и трудные дети. – М.: АСТ, 2010. – 352 с.  
Скоромец А.А. Неврологический статус и его интерпретация. – М.: МЕДпресс-информ, 2014. – 256 с.
14. Глухов В. П. Основы коррекционной педагогики и специальной психологии. – М.: В. Секачев, 2011. – 296 с.
15. Гонеев А. Д. Основы коррекционной педагогики Основы коррекционной педагогики. – М.: Academia, 2011. – 272 с.
16. Гончарова О.В, Никонова Л.С., Монахов М.В., Хан М.А., Ачкасов Е.Е., Николенко Н.Ю. Состояние здоровья и принципы реабилитации детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью //Вестник восстановительной медицины. – 2012. – № 2. – С.45-49
17. Гончарова О.В., Ветров П.А., Распространенность, диагностика и методы коррекции синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей // Медицинский совет. – 2012. – №12. – С.55-61
18. Депутат И.С. Характерные особенности структуры интеллекта у детей с СДВГ в младшем школьном возрасте Вестник Северного (Арктического) федерального университета. Серия «Медико-биологические науки». – 2014. – № 1. – С. 13–21.
19. Депутат И.С. Джос Ю.С. Старцева Л.Ф. Панков М.Н. Рысина Н.Н. Сидорова Е.Ю. Психоземotionalные особенности детей и подростков с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью (краткий обзор) Вестник Северного (Арктического) федерального университета. Серия «Медико-биологические науки». – 2013. – № 3. – С. 45–55

20. Депутат И.С. Иорданова Ю.А. Стратегии адаптивного реагирования детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью. Материалы научно-практической конференции «Актуальные вопросы неврологии с научно-практическим семинаром из цикла «Вопросы поведенческой неврологии. Тики у детей». – СПб, 2009. С. 8-10.
21. Депутат И.С. Нехорошкова А.Н. Грибанов А.В. Психофизиологический анализ интеллекта при синдроме дефицита внимания с гиперактивностью. Физиология, медицина, фармакология. Высокие технологии, теория, практика. Т.1 : Сборник статей Четвертой междунар. научно-практ. конф. «Высокие технологии, фундаментальные и прикладные исследования в физиологии, медицине и фармакологии», 15-16 ноября 2012 г. – Санкт-Петербург, Россия / под ред. А.П. Кудинова, Б.В. Крылова. – СПб.: Изд-во Политехн. ун-та, 2012. – С. 186-188.
22. Джос Ю.С. Психофизиологические аспекты расстройств поведения у детей младшего школьного возраста. Сб. тезисов докл. XXI съезда физиологического общества им. И.П. Павлова. – Калуга: «БЭСТ-принт», 2010. – С. 187.
23. Джос Ю.С. Характеристика макро- и микросоциальной среды у детей младшего школьного возраста со школьными трудностями и расстройствами поведения. Сб. науч. статей междунар. науч. конф. «Экология образования: актуальные проблемы» /Под общ. ред. А.В. Пяткова. – Архангельск: Поморский университет, 2010. – Вып.4. – С. 264–267.
24. Джос Ю.С. Депутат И.С. Выявление особенностей эмоциональной сферы и произвольной регуляции деятельности у детей с нарушениями поведения. Мат-лы I Региональной молодежной науч.-практ. конф. "Актуальные проблемы физиологии человека на Севере". – Архангельск, 2010. – С. 30–32.

25. Заваденко Н. Н. Принципы диагностики и лечения гиперактивности и дефицита внимания у детей: пособие для врачей Детская и подростковая реабилитация. – 2012. – № 1. – С.4-15.
26. Заваденко Н.Н. Синдром дефицита внимания и гиперактивности: современные подходы к диагностике // Фарматека. – 2014. – № 13. – С.57-62.
27. Заваденко Н.Н. Синдром дефицита внимания и гиперактивности: современные принципы диагностики и лечения // Вопросы современной педиатрии. – 2014. – 13 (4) . – С. 48–53
28. Заваденко Н.Н., Симашкова Н.В. Новые подходы к диагностике синдрома дефицита внимания и гиперактивности // Журнал неврологии и психиатрии им.С.С.Корсакова. Детская неврология и психиатрия. – 2014. – № 1. – С.45-51.
29. Зайчик А.Ш., Чурилов Л.П. Основы общей патологии. Часть 1. Основы общей патофизиологии СНМ. Учебное пособие. - СПб.: ЭЛБИ, 2009. - 624 с.
30. Зиновьева О.Е., Роговина Е.Г., Тыринова Е.А. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2014. – №1. – С.4-8.
31. Лохов М.И., Фесенко Е.В., Фесенко Ю.А. Интеллект ребенка. – СПб: ЭЛБИ СПб, 2010. – 128 с.
32. Медицинская энциклопедия. Психология. Гиперактивный ребенок. А. Талдыкина. URL:[http:// medportal. ru/ enc/ psychology](http://medportal.ru/enc/psychology)
33. Международная классификация болезней. ВОЗ, Женева, Швейцария URL: <http://ru.wikipedia.org/wiki/ICD-9>
34. Мнухин С.С. Хрестоматия по психиатрии детского возраста Юридический центр Пресс, 2010. – 320 с.
35. Моница Г. Б., Лютова-Робертс Е. К., Чутко Л. С. Гиперактивные дети: психолого-педагогическая Помощь. Монография. – СПб.: Речь, 2012. – 186 с.

36. Ноговицина О.Р., Левитина Е.В. Система комплексной реабилитации детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью: инновационные подходы к наблюдению и лечению // Вопросы современной педиатрии. – 2012. – № 1. – С.91-97.
37. Пальчик А.Б. Лекции по неврологии развития. – М.: МЕДпресс-информ, 2013. – 372 с. Шабалов Н.П. Здоровье вашего ребенка. – СПб.: Питер, 2014. – 352 с.
38. Панков М.Н. IV Всероссийский симпозиум с международным участием «Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей: проблемы и решения» Вестник Северного (Арктического) федерального университета. Серия «Медико-биологические науки». – 2014. – № 1. – С. 113–114.
39. Панков М.Н. Грибанов А.В. Комплексная помощь детям с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью в институте медико-биологических исследований Медицина: актуальные вопросы и тенденции развития: Мат-лы II Международной научно-практической конф. 19 июня 2013 г.: Сб. науч. тр. – Краснодар, 2013. – С. 147-150.
40. Панков М.Н. Подоплекин А.Н. Психофизиологические характеристики эмоциональной сферы у гиперактивных детей с дефицитом внимания Медицина: актуальные вопросы и тенденции развития: Мат-лы II Международной научно-практической конф. 19 июня 2013 г.: Сб. науч. тр. – Краснодар, 2013. – С. 151-154.
41. Пассольт М. Гиперактивные дети: коррекция психомоторного развития: учеб. пособ. для студ. вузов // под ред. М. Пассольта. – М.: Академия, 2011. – 160 с.
42. Петрова В.В. Синдром дефицита внимания и гиперактивности: причины, основные методы лечения / Психология и педагогика: методика и проблемы практического применения. Сборник материалов XLIII Международной научно-практической конференции г.

- Новосибирск, 13 апреля 2015 г. // Под общей редакцией С.С. Чернова. – Новосибирск 2015. С.
- 43.Петрухин А.С. Дефицит внимания с гиперактивностью у детей // Вопросы диагностики в педиатрии. – 2013. – № 1. – С.34-38.
- 44.Подоплекин А.Н., Нежилыченко Н.А. Использование арттерапии в коррекции гиперактивности у младших школьников «Нейронаука для медицины и психологии»: 10-й Междунар. междисципл. конгресс. Судак, Крым, Россия, 2–12 июня 2014 г. : Труды / Под редакцией Е.В. Лосевой, А.В. Крючковой, Н.А. Логиновой. – М.: МАКС Пресс, 2014. – С. 267–268.
- 45.Пронина М.Ю., Масагутов Р.М., Искандаров Р.Р., Мухитова И.Э., Буйлова Л.В. Распространённость алкогольной и наркотической зависимости у осуждённых мужчин с историей синдрома дефицита внимания и гиперактивности в детском возрасте // Наркология, 2012. – № 1. – С.23-27.
- 46.Рассел Л. Барклин, Кристина М. Бентон. Ваш непослушный ребенок, – СПб.: Питер, 2009. – 218с.
- 47.Рысина Н.Н., Емельянова Т.В. Нейропсихологический подход в коррекции синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей Вестник Северного (Арктического) федерального университета. Серия «Медико-биологические науки». – 2014. – № 1. – С. 93–95.
- 48.Сидорова Е.Ю. Диагностика агрессивного поведения у гиперактивных детей Вестник Северного (Арктического) федерального университета. Серия «Медико-биологические науки». – 2014. – № 1. – С. 96–99.
- 49.Сиротюк А.Л., Сиротюк А.С. Закономерности психического развития детей: Учебное пособие – Тверь: Тверской гос. ун-т, 2012. – 36с.
- 50.Сиротюк А.Л. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью Диагностика, коррекция и практические рекомендации родителям и педагогам. – М.: Сфера, 2011. – 128с.

51. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей: учебное пособие / Романцова Е.Б., Бабцева А.Ф., Молчанова И.Н., Фомина А.Г., Чупак Э.Л., Шанова О.В., Арутюнян К.А., Бойченко Т.Е. – Благовещенск, 2011. – 21 с.
52. Спиваковская А.С. Психотерапия: игра, детство, семья.. - М.: Эксмо-Пресс, 2010. – 464 с.
53. Старцева Л.Ф. Депутат И.С. Влияние нейропсихологических факторов на школьные трудности у детей младшего школьного возраста Сб. науч. статей междунар. науч. конф. «Экология образования: актуальные проблемы» /Под общ. ред. А.В. Пяткова.— Архангельск: Поморский университет, 2010. – Вып.4. – С. 187–189.
54. Старцева Л.Ф. Иорданова Ю.А. Принятие решений детьми с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью с различной стереотипностью выбора Мат-лы I Региональной молодежной науч.-практ. конф. "Актуальные проблемы физиологии человека на Севере". – Архангельск, 2010. – С. 46–48.
55. Таранушенко Т.Е., Кустова Т.В., Салмина А.Б. Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей // Российский педиатрический журнал. – 2013. – № 4. – С.41-47.
56. Ткачев А.И. Попова Н.Н. Подоплекин А.Н. Ларионова О.А. Средства арттерапии в коррекции проявлений синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у младших школьников Бюллетень Института развития ребенка. – 2009. – № 2.
57. Тржесоглава, З. Легкая дисфункция мозга в детском возрасте: монография. – М: МЕДпресс-информ, 2010. – 256 с. с.
58. Фесенко Ю.А. Если у вас «ребенок с моторчиком»... – М.: Детство-Пресс, 2011. – 64 с.
59. Фесенко Ю.А. Пограничные нервно-психические расстройства у детей. – М.: Наука и техника 2010. – 320 с.

- 60.Фесенко Е.В., Фесенко Ю.А. Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей. – СПб.: Наука и техника, 2010. – 384с.
- 61.Философия. – М.: Дашков и Ко, 2012 . – 612 с.
- 62.Чутко Л.С., Сурушкина С.Ю. Современные подходы к лечению и реабилитации детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью //Детская и подростковая реабилитация. – 2014. – № 1. – С.35-41.
- 63.Чутко Л.С., Сурушкина С.Ю., Бондарчук Ю.Л. Расстройства эмоциональной сферы у детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью // Журнал неврологии и психиатрии им.С.С.Корсакова. – 2014. – № 9. – С.112-115.
- 64.Чутко Л.С., Юрьева Р.Г., Сурушкина С.Ю., Никишена И.С., Яковенко И.С., Анисимова Т.И., Айтбеков К.А. Принципы оказания помощи детям с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью. Журнал неврологии и психиатрии. – 2010. – № 11. – С. 76-79.
- 65.Целуйко В.М. Вы и ваши дети. Настольная книга для родителей о воспитании счастливых детей. – М.: У-Фактория, 2010. – 432 с.

*Приложение 1*

Тест Тулуз-Пьерона

Инструкция: «Внимание! Слева в верхней части Ваших ответных бланков нарисованы два квадратика-образца. С ними надо сравнивать все остальные квадратики, нарисованные на бланке. Строчка, находящаяся сразу под образцами и не имеющая номера – тренировочная строчка (черновик). На ней Вы сейчас попробуете, как надо выполнять задание. Необходимо последовательно сравнивать каждый квадратик тренировочной строки с образцами. В том случае, если квадратик тренировочной строки совпадает с каким либо из образцов, его следует зачеркнуть одной вертикальной черточкой. Если такого квадратика среди образцов нет, то его следует подчеркнуть (проговаривание инструкции необходимо сопровождать демонстрацией соответствующих действий). Сейчас вы будете последовательно обрабатывать все квадратики тренировочной строчки, зачеркивая совпадающие с образцами и подчеркивая несовпадающие. Работать необходимо строго по инструкции.

Нельзя:

1. Сначала вычеркнуть все квадратики, совпадающие с образцами, а потом подчеркнуть оставшиеся.
2. Ограничиться только вычеркиванием квадратиков.
3. Подчеркивать сплошной чертой, если подряд встречаются несовпадающие с образцами квадратики.
4. Выполнять инструкцию наоборот: подчеркивать совпадающие и вычеркивать несопадающие с образцами квадратики».

Только после того, как дети все поняли, они могут приступить к самостоятельной обработке тренировочных строчек на своих бланках. Тем, кто не понял, необходимо индивидуально на бланке показать, как надо работать.

Продолжение инструкции: «Теперь будем работать все вместе и точно по времени. На каждую строчку дается 1 минута. По команде «Стоп!» необходимо перейти к обработке следующей строчки. В каком бы месте вас



ни застал сигнал, надо сразу перенести руку на следующую строчку и без перерыва продолжать работу. Работать нужно как можно быстрее и как можно внимательнее».

#### Возрастные нормативы скорости выполнения теста Тулуз-Пьерона

Возрастная группа	Патология	Слабая	Возрастная норма	Хорошая	Высокая
6-7 лет	0 - 14	15 – 17	18 - 29	30 - 39	40 и более

#### Возрастные нормативы точности выполнения теста Тулуз-Пьерона

Возрастная группа	Патология	Слабая	Возрастная норма	Хорошая	Высокая
6-7 лет	0,88 и менее	0,89 – 0,90	0,91 – 0,95	0,96 – 0,97	0,98 – 1,0

#### *Приложение 2*

Показатели скорости и точности выполнения теста Тулуз-Пьерона  
(констатирующий этап эксперимента)

№ п/п	Ф.И. ребенка	Показатель	
		Скорость	Точность
1.	Оля Е.	37 (хорошая)	0,89 (слабая)
2.	Егор Ч.	39 (хорошая)	0,87 (патология)
3.	Ярослав М.	42 (высокая)	0,88 (патология)
4.	Ульяна С.	44 (высокая)	0,90 (слабая)
5.	Илья М.	46 (высокая)	0,90 (слабая)
6.	Марина П.	23 (возрастная норма)	0,89 (слабая)
7.	Толя Г.	36 (хорошая)	0,90 (слабая)
8.	Оксана Р.	25 (возрастная норма)	0,87 (патология)
9.	Катя В.	27 (возрастная норма)	0,89 (слабая)
10.	Алеша Д.	18 (возрастная норма)	0,90 (слабая)
11.	Евгений В.	16 (слабая)	0,89 (слабая)
12.	Александр Г.	15 (слабая)	0,88 (патология)

*Приложение 3*

Цветоматрица настроений (констатирующий этап эксперимента)

		Дни недели
--	--	------------

№	Ф.И.ребенка	Пн.	Вт.	Ср.	Чт.	Пт.
1	Оля Е.	Кр	Кр	Ж	О	Кр
2	Егор Ч.	Ж	Ф	Ф	Ф	Ч
3	Ярослав М.	Ж	Г	Г	О	Ф
4	Ульяна С.	Ф	Ч	Ж	Ф	Ф
5	Илья М.	Г	О	О	О	Г
6	Марина П.	О	Кр	Кр	Ф	Ч
7	Толя Г.	Ж	Ф	Кр	З	Ч
8	Оксана Р.	О	З	О	Г	Г
9	Катя. В.	Г	Ж	Кр	Ф	О
10	Алеша Д.	Ф	О	О	Ч	Ф
11	Евгений В.	Кр	Ж	Ж	Ч	Ф
12	Александр Г.	Г	Ф	Г	З	Ч

Шкала цветового диапазона настроений:

Кр (красный) – восторженное

О (оранжевый) – радостное

Ж (желтый) – приятное

З (зеленый) – спокойное, уравновешенное

Г (голубой) – грустное

Ф (фиолетовый) – тревожное

Ч (черный) – крайне неудовлетворительное

Результаты исследования с помощью методики эмоционально-цветовой аналогии (цветописи) (А.Н.Лутошкина)

№	Ф.И.ребенка	Дни недели				
		Пн.	Вт.	Ср.	Чт.	Пт.
1	Оля Е.	3	3	1	2	3
2	Егор Ч.	1	-2	-2	-2	-3
3	Ярослав М.	1	-1	-1	2	-2
4	Ульяна С.	-2	-3	1	-2	-2
5	Илья М.	-1	2	2	2	-1
6	Марина П.	2	3	3	-2	-3
7	Толя Г.	1	-2	3	0	-3
8	Оксана Р.	2	0	2	-1	-1
9	Катя. В.	-1	1	3	-2	2
10	Алеша Д.	-2	2	2	-3	-2
11	Евгений В.	3	1	1	-3	-2
12	Александр Г.	-1	-2	-1	0	-3
показатель психологической атмосферы		0,5	0,16	1,16	-0,75	-1,41

Приложение 4

Результаты исследования уровня самоконтроля и произвольного запоминания у детей дошкольного возраста с помощью методики «Цепочка действия» (констатирующий этап эксперимента)

№	Ф.И.ребенка	Количество ошибок	Вывод об уровне развития
1	Оля Е.	1	Средний
2	Егор Ч.	1	Средний
3	Ярослав М.	1	Средний
4	Ульяна С.	2	Низкий
5	Илья М.	1	Средний
6	Марина П.	2	Низкий
7	Голя Г.	1	Средний
8	Оксана Р.	1	Средний
9	Катя. В.	1	Средний
10	Алеша Д.	1	Средний
11	Евгений В.	3	Низкий
12	Александр Г.	2	Низкий

Показатели скорости и точности выполнения теста Тулуз-Пьерона  
(контрольный этап эксперимента)

№ п/п	Ф.И. ребенка	Показатель	
		Скорость	Точность
1.	Оля Е.	42 (высокая)	0,94 (возрастная норма)
2.	Егор Ч.	44 (высокая)	0,89 (слабая)
3.	Ярослав М.	42 (высокая)	0,89 (слабая)
4.	Ульяна С.	44 (высокая)	0,90 (слабая)
5.	Илья М.	46 (высокая)	0,93 (возрастная норма)
6.	Марина П.	25 (возрастная норма)	0,94 (возрастная норма)
7.	Толя Г.	44 (высокая)	0,90 (слабая)
8.	Оксана Р.	26 (возрастная норма)	0,89 (слабая)
9.	Катя В.	27 (возрастная норма)	0,92 (возрастная норма)
10.	Алеша Д.	18 (возрастная норма)	0,91 (возрастная норма)
11.	Евгений В.	27 (возрастная норма)	0,89 (слабая)
12.	Александр Г.	25 (возрастная норма)	0,87 (патология)

## Цветоматрица настроений (контрольный этап эксперимента)

№	Ф.И.ребенка	Дни недели				
		Пн.	Вт.	Ср.	Чт.	Пт.
1	Оля Е.	К	К	Ж	О	К
2	Егор Ч.	Ж	Ф	Ж	Ж	Ж
3	Ярослав М.	Ж	Г	Г	О	Ф
4	Ульяна С.	Ф	Ж	Ж	Ф	Ж
5	Илья М.	Г	О	О	О	Г
6	Марина П.	О	К	К	Ж	Ж
7	Толя Г.	Ж	Ф	К	З	Ж
8	Оксана Р.	О	З	О	Г	Г
9	Катя. В.	Г	Ж	О	Ж	О
10	Алеша Д.	Ж	О	О	Ж	О
11	Евгений В.	К	Ж	Ж	Ж	Ж
12	Александр Г.	Г	Ж	Г	З	Ж

Шкала цветового диапазона настроений:

Кр (красный) – восторженное

О (оранжевый) – радостное

Ж (желтый) – приятное

З (зеленый) – спокойное, уравновешенное

Г (голубой) – грустное

Ф (фиолетовый) – тревожное

Ч (черный) – крайне неудовлетворительное

Результаты исследования с помощью методики эмоционально-цветовой аналогии (цветописи) (А.Н.Лутошкина)

№	Ф.И.ребенка	Дни недели				
		Пн.	Вт.	Ср.	Чт.	Пт.
1	Оля Е.	3	3	1	2	3
2	Егор Ч.	1	-2	1	1	1
3	Ярослав М.	1	-1	-1	2	-2
4	Ульяна С.	-2	1	1	-2	1
5	Илья М.	-1	2	2	2	-1
6	Марина П.	2	3	3	1	1
7	Толя Г.	1	-2	3	0	1
8	Оксана Р.	2	0	2	-1	-1
9	Катя. В.	-1	1	2	1	2
10	Алеша Д.	1	2	2	1	2
11	Евгений В.	3	1	1	1	1
12	Александр Г.	-1	1	-1	0	1
показатель психологической атмосферы		0,75	0,75	1,33	0,66	0,75

Приложение 7

Результаты исследования уровня самоконтроля и произвольного запоминания у детей дошкольного возраста с помощью методики «Цепочка действию» (контрольный этап эксперимента)

№	Ф.И.ребенка	Количество ошибок	Вывод об уровне развития
1	Оля Е.	0	Высокий
2	Егор Ч.	1	Средний
3	Ярослав М.	0	Высокий
4	Ульяна С.	1	Средний
5	Илья М.	1	Средний
6	Марина П.	2	Низкий
7	Голя Г.	1	Средний
8	Оксана Р.	1	Средний
9	Катя. В.	0	Высокий
10	Алеша Д.	1	Средний
11	Евгений В.	2	Низкий
12	Александр Г.	1	Средний