



**МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
**«ЮЖНО-УРАЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ГУМАНИТАРНО-  
ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**  
(ФГБОУ ВО «ЮУрГГПУ»)  
**ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ**  
**КАФЕДРА СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**Особенности коррекции нарушений организационных умений и навыков у детей с  
синдромом дефицита внимания и гиперактивности**

**Магистерская диссертация**  
по направлению: 44.04.01 Специальное (дефектологическое) образование  
Профильная направленность: «Психолого-педагогическая реабилитация лиц с  
ограниченными возможностями здоровья»

Проверка на объем заимствований:  
96,85 % авторского текста

Работа рекомендована к защите  
«30»\_01\_2019 г.  
Зав. кафедрой (СПО)  
\_\_\_\_\_ (Л.Н. Алексеева)

Выполнила:  
Студентка группы (ЗФ-309-170-2-1Мг)  
Андрианова Юта Владимировна

Научный руководитель:  
(Каляева Ю.А., к.п.н., доцент)

Челябинск, 2019

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>ВВЕДЕНИЕ.....</b>	<b>3</b>
<b>ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ УМЕНИЙ И НАВЫКОВ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ.....</b>	<b>8</b>
1.1. Гиперактивность и синдромом дефицита внимания у учащихся младшего школьного возраста с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью как психолого-педагогическая проблема.....	8
1.2. Психолого-педагогическая характеристика детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью.....	20
1.3. Современные методы коррекции и лечения детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью.....	32
<b>ВЫВОДЫ ПО ПЕРВОЙ ГЛАВЕ.....</b>	<b>45</b>
<b>ГЛАВА 2. ОПЫТНО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ РАБОТА ПО РАЗВИТИЮ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ УМЕНИЙ И НАВЫКОВ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ.....</b>	<b>47</b>
2.1. Цель, задачи, методики практического исследования на констатирующем этапе эксперимента .....	47
2.2. Программа коррекции нарушений организационных умений и навыков у учащихся младшего школьного возраста с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью.....	59
2.3. Эффективность использования программы коррекции нарушений организационных умений и навыков у учащихся младшего школьного возраста с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью.....	77
<b>ВЫВОДЫ ПО ВТОРОЙ ГЛАВЕ.....</b>	<b>86</b>
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....</b>	<b>88</b>
<b>СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....</b>	<b>94</b>

## **ВВЕДЕНИЕ**

Учителям начальной школы часто приходится сталкиваться с детьми, у которых проявляется чрезмерная двигательная активность, непоседливость, импульсивность, неумение сосредоточиться на выполнении заданий. Высокая двигательная активность, в силу психофизиологических причин, свойственна всем детям в дошкольном возрасте. Но в отдельных случаях она достигает патологической степени выраженности. Данное состояние характеризуется как «Синдром дефицита внимания - гиперактивности» (СДВГ по DSM - III) или «синдром дефицита внимания с гиперактивностью» (по МКБ-10). Повышенная двигательная активность является симптомом нарушения психической деятельности ребёнка при различных нарушениях развития и чаще всего - последствием раннего органического поражения ЦНС. Хотя этот синдром называют гипердинамическим, то есть синдромом повышенной двигательной активности, основным дефектом в его структуре является дефект внимания.

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (далее СДВГ) представляет исключительно актуальную проблему в связи с его высокой распространенностью среди детского населения. Согласно данным различных эпидемиологических исследований, частота встречаемости этого синдрома варьируется от 3 до 28%. Социальная значимость проблемы определяется тем, что своевременная диагностика, лечение и коррекция данного нарушения позволяет предотвратить вторичные невротические и поведенческие реакции, которые затрудняют школьную и социальную адаптацию, нарушают процесс формирования организационных умений и навыков ребёнка.

В России этот вопрос приобрел актуальное значение лишь в начале 90-х годов, в связи с чем изучен и освещен в литературе он явно недостаточно.

Поэтому необходимо дальнейшее изучение данного нарушения для последующей разработки системы профилактических мер с целью предупреждения его развития, расширения возможности ранней диагностики, составления схемы индивидуального лечения, коррекции и воспитания в семье и школе.

Вопросы диагностики и коррекции детей с СДВГ широко освещены в трудах: Н.Н. Заваденко, А.М. Радаева, З. Тржесоглава, В.М. Трошина, А.Л. Сиротюк, Ю.С. Шевченко, Л.А. Ясюковой.

Исходя из противоречивости исследованных нами источников, статистических данных, говорящих о повышении процента гиперактивных школьников, отсутствии программ по работе с гиперактивными школьниками, направленных на коррекцию организационных умений и навыков детей с СДВГ, мы выявили, что проблема коррекции гиперактивного поведения недостаточно изучена.

**Гипотеза** данного исследования заключается в том, что у детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью будут наблюдаться нарушения в когнитивной сфере, которые оказывают негативное влияние на формирование организационных умений и навыков.

Рабочая гипотеза определяет следующую **цель** исследования — выявить, теоретически обосновать и экспериментально проверить особенности коррекции нарушений организационных умений и навыков у детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью.

**Объект исследования:** нарушение организационных умений и навыков у учащихся младшего школьного возраста с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью.

**Предмет исследования:** методы коррекции нарушений организационных умений и навыков у учащихся младшего школьного возраста с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью.

Цель и гипотеза диссертационного исследования обусловили постановку следующих задач:

1. Проанализировать научно-методическую литературу по заявленной проблеме.
2. Изучить особенности проявления организационных умений и навыков у учащихся младшего школьного возраста с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью.
3. Рассмотреть современные методы коррекции и лечения детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью.
4. Разработать программу по коррекции нарушений организационных умений и навыков у учащихся младшего школьного возраста с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью.

Теоретико-методологическую базу исследования составили:

- теория деятельности: деятельностный подход (А.Н. Леонтьев, С.Л. Рубинштейн);
- положения об основных закономерностях психического развития, в том числе в младшем школьном возрасте (Л.С. Выготский, В.С. Мухина, Д.Б. Эльконин);
- нейропсихологический подход (Т.В. Ахутина, Н. Н. Корсакова, А.В. Семенович, Н.Я. Семаго, М.М. Семаго, О.Н. Усанова, Л.С. Цветкова и др.)
- теория формирования гиперактивности как следствия дефицита внимания у детей (Н.Н. Заваденко, Л.С. Чутко, О. Маланцева и др.);
- положения об особенностях психолого-педагогической работы с гиперактивными детьми (О.А. Брылева, В.П. Кащенко, Г.Ю. Моница и др.).

Методы исследования:

- *Теоретические:* анализ педагогической и психологической литературы, изучение передового педагогического опыта;
- *Эмпирические:* экспериментально-психологическое диагностирование, включающее методики «Да и Нет», «Вежливость», «Обведение контура», наблюдение, опрос, а также нейропсихологический скрининг.

**База исследования:** МОУ «СОШ № 31» г. Магнитогорска. Всего в исследовании приняли участие 49 детей – учащихся 3-х классов.

**Научная новизна** данного исследования заключается в том, что на основе изученных теоретических данных, нами был проведен самостоятельный практический анализ сформированности организационных умений и навыков у учащихся младших классов в образовательном учреждении г. Магнитогорска, и на его основе разработана программа по коррекции нарушений организационных умений и навыков у учащихся младшего школьного возраста с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью.

**Теоретическая значимость** исследования заключается в следующем: уточнено понятие «организационных умений и навыков» младших школьников с СДВГ. Под организационными умениями и навыками у учащихся младших классов с СДВГ – мы понимаем неспособность ребёнка организовывать какую-либо деятельность, выполнять разнообразные задачи: планировать, анализировать, ожидать, действовать по плану. У гиперактивных детей, в следствии их выделенных особенностей: дефицита активного внимания, двигательной расторможенности, импульсивности, эти навыки и умения слабо развиты.

**Практическая значимость** исследования заключается в разработке программы по коррекции нарушений организационных умений и навыков у учащихся младшего школьного возраста с синдромом дефицита внимания с

гиперактивностью и возможности её использования в практической деятельности учителей начальных классов, психологов, дефектологов, а также в разработке рекомендаций для родителей младших школьников с СДВГ.

**Структура работы:** работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка использованных источников, насчитывающего 59 источников, и приложений.

# ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ КОРРЕКЦИИ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ УМЕНИЙ И НАВЫКОВ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ

## 1.1. Гиперактивность и синдром дефицита внимания младших

### школьников как психолого-педагогическая проблема

С первыми проявлениями гиперактивности детей, по мнению многих исследователей, родители сталкиваются в самом раннем возрасте. Чуть ли не с первых дней жизни ребёнка родители могут беспокоить повышенный мышечный тонус, чувствительность к внешним раздражителям (свету, шуму), плохой сон, чрезмерная подвижность и возбуждённость во время бодрствования.

По мнению Х.Д. Джинотта, пики проявления гиперактивности совпадают с пиками психоречевого развития: в 1–2 года у ребёнка закладываются навыки речи, в 3 года – резко увеличивается словарный запас, в 6–7 лет формируются навыки чтения и письма. Обычно к 3–4 годам родители начинают замечать неспособность ребёнка сосредотачиваться при каком-либо занятии: ребёнок не может сидеть на месте, слушать сказку, возиться с игрушкой, рассматривать картинки. Его утомляет необходимость концентрировать внимание, деятельность, как правило, имеет хаотический характер. Особенно ярко нарушения поведения ребёнка видны в ситуациях, требующих организованного поведения, например, в детском саду во время проведения занятий, утренников, на прогулке и т.п. [12].

Как психолого-педагогическое явление гиперактивность не следует рассматривать как некую патологию: она укладывается в понятие нормативных признаков и моделей поведения. «Трудный ребёнок» в понимании родителей и учителей, «ребёнок группы социального риска» для



социологов, детских и социальных психологов – это, как правило, ребёнок именно гиперактивный.

Исследователи проблемы гиперактивности (Н.Н. Заваденко, Б.Л. Бейкер, Р. Кэмпбелл и др.) выделяют такие проявления гиперактивности, как повышенная психо-эмоциональная возбудимость, импульсивность в поведении и эмоциональных проявлениях, а также дефицит внимания.

Кэмпбелл Р. к проявлениям гиперактивности также относит расстройство восприятия. Он считает, что повышенная активность способствует проявлению трудностей в учебе и трудностей принятия любви окружающих, а проблемы восприятия проявляются в неадекватном восприятии окружающей среды (букв, слов и т.д.) и родительской любви [26].

Заваденко Н.Н. отмечает, что многие дети с диагнозом «синдром дефицита внимания с гиперактивностью» имеют нарушения в развитии речи и трудности в формировании навыков чтения, письма и счета [14].

Американский психолог В. Окленд так характеризует этих детей: «Гиперактивному ребёнку трудно сидеть, он суетлив, много двигается, вертится на месте, иногда чрезмерно говорлив, может раздражать манерой своего поведения. Часто у него плохая координация или недостаточный мышечный контроль. Он неуклюж, роняет или ломает вещи, проливает молоко. Такому ребёнку трудно концентрировать своё внимание, он легко отвлекается, часто задаёт множество вопросов, но редко дожидается ответов» [35].

Американские психологи П. Бейкер и М. Алворд предлагают следующие критерии выявления гиперактивности у ребёнка:

1. Дефицит активного внимания (непоследователен, ему трудно долго удерживать внимание; не слушает, когда к нему обращаются; с большим энтузиазмом берётся за задание, но так и не заканчивает его; испытывает

трудности в организации; часто теряет вещи; избегает скучных и требующих умственных усилий заданий; часто бывает забывчив).

2. Двигательная расторможенность (постоянно ёрзает; проявляет признаки беспокойств; спит намного меньше, чем другие дети, даже в младенчестве; очень говорлив).

3. Импульсивность (начинает отвечать, не дослушав вопрос; не способен дождаться своей очереди, часто вмешивается, прерывает; плохо сосредоточивает внимание; не может дождаться вознаграждения; при выполнении заданий ведёт себя по-разному и показывает очень разные результаты) [29].

Для постановки диагноза «синдром дефицита внимания с гиперактивностью», согласно критериям Американской ассоциации психиатров DSM-IV, необходимо наличие шести и более симптомов, характеризующих невнимательность, а также шести и более симптомов, говорящих о гиперактивности и импульсивности [11].

Из анализа отечественной и зарубежной литературы следует, что гиперактивное поведение уже стало объектом исследования различных специалистов, однако наибольшее число опубликованных работ является исследованиями клинического направления.

Однако неясно, говорят ли они о связи гиперактивности с эмоциональными проявлениями, или же о том, что эмоциональная сфера предоставляет собой один из структурных компонентов гиперактивности.

В последнее время исследователи, утверждающие главной характеристикой гиперактивности повышенную активность поведения, подчеркивают важность такого симптома, как осложнение вследствие нарушения внимания, тем самым перенося акцент на особенности внимания и настроения ребёнка. Гиперактивность, как особый вариант поведения,

выражается в характерных особенностях двигательного развития и тесно связана с нарушением внимания и эмоциональной сферы. В обобщенном виде эти ведущие симптомы выглядят следующим образом:

*Особенности моторно-двигательного развития:* неловкость движения; нарушения координации и гармоничности двигательных комплексов: ребёнок способен производить определенные движения, но не может составить из них гармоничного целого; общая повышенная активность, затруднение в освоении движений; синкинезы- связанность целенаправленных движений с движениями конечностей тела, языка и т.д.; повышенное мышечное напряжение, повышенный мышечный тонус.

*Особенности внимания и контроля:* кратковременная концентрация внимания; слабая концентрация внимания; рассредоточение внимания; ригидность внимания (плохая переключаемость); персеверации (не может оторваться от определенного предмета или способа решения)

*Особенности эмоциональной сферы:* возбудимость, апатия, неуверенность, внутреннее напряжение, эмоциональная лабильность, смена настроения, негативизм, чувство страха, агрессивность, манерничанье.

Одно из недавних исследований, выполненных в русле клинического подхода и посвященных данной проблеме, так и называется – «Гипердинамический синдром у детей младшего школьного возраста» (В.А. Красов, 1989 г.). В этой работе картина гиперактивного поведения у детей младшего школьного возраста представлена сочетанием собственно двигательной расторможенности, повышенной отвлекаемости, то есть эмоционально-волевыми расстройствами и нарушением внимания. Эти нарушения, по данным автора, находятся в различных соотношениях, проявляются не постоянно и имеют не отчетливый ситуационный характер. Особенно сложными для лечебно-коррекционной работы являются случаи

гиперактивного поведения с ярко выраженным нарушением эмоциональноволевой сферы [25].

В работе Д. Добсона гиперактивное поведение и проявление повышенной активности рассматривается как болезнь или недуг.

Повышенная двигательная активность не контролируемая, включает склонность ребёнка быстро отвлекаться, находиться в постоянно беспокойном состоянии и неспособность к двигательной концентрации внимания. У таких детей также могут быть проблемы визуального восприятия, заключающиеся в неспособности правильно воспринимать смысл символа и печатного материала, а также проблемы эмоционального характера; при наличии последних, болезнь трудно поддаётся лечению. Следуя этой точке зрения автора, можно заключить, что нарушение визуального восприятия, эмоциональное нарушение, не являются специфическими для гиперактивного поведения [13].

Анализ работ клинического направления позволяет сделать следующие выводы:

Психофизиологической основой гиперактивного поведения у ребёнка может являться незрелость, несовершенство, нарушения или расстройства работы мозга (по типу малых мозговых дисфункций)

Проявление гиперактивного поведения ребёнка захватывает несколько сфер, среди которых чаще всего встречаются разные варианты сочетания трёх симптомов: избытка двигательной активности, нарушения эмоционального поведения, дефицит внимания.

Перейдём к рассмотрению проблемы гиперактивности в психологопедагогических исследованиях. Нужно отметить, что в отечественной психологии почти нет работ, специально посвященных изучению гиперактивных детей. Немногие исследования касаются лишь отдельных характеристик детей с таким типом поведения.

В исследованиях В. Петрунec, В.П. Таран направленных на изучение темперамента, даётся характеристика холерического темперамента, близкого к характеристике изучаемого нами гиперактивного типа поведения: ребёнок активен, непоседлив, легко вступает в контакт с незнакомыми людьми, но, если общение не интересно, тут же переключает внимание, отвлекается. Он неусидчив и беспокоен, хватается за многие дела, но при снижении к ним интереса быстро отвлекается, меняет игру. Легко возбудим, часто вступает в конфликт, но не злопамятен [38].

В публикациях Е. Гаспаровой дана аналогичная характеристика детей, называемых автором «шустриками». Ярко выраженный «шустрик»- это непоседливый, неугомонный, подвижный гиперактивный ребёнок, его трудно приучить к порядку, ему с трудом удаётся любая деятельность, сковывающая его активность. Этот ребёнок не способен выполнить задание, результат которого не виден сразу. Таким детям трудно удержать образ цели. Цель меняется несколько раз во время деятельности. Дети не могут удержать в памяти определённую последовательность деятельности, потому что она для них внутренне не структурирована, а отсюда - беспорядочные случайные отвлечения [10].

Как один из вариантов категории трудных детей, шумливый, подвижный ребёнок, представлен в исследовании Е.Е. Сапоговой. В её работах дети разделены на две категории. К одной из них относятся излишне шумные, дерзкие, подвижные, агрессивные, неуправляемые, непослушные дети. Другую же образуют дети вялые, медлительные, тихие, плаксивые, капризные, упрямые, не контактные, «непослушные».

На наш взгляд, остаётся неясным основание деления детей на такие две категории. В обоих случаях речь идёт о психически нормальных, здоровых детях. К 6-ти годам, дополняет автор, первый тип обновляется новыми

качественными характеристиками: повышенной возбудимостью и расторможенностью [45].

По мнению других исследователей, (В. Тржесоглав и другие), гиперактивность проявляется в избытке двигательной активности, не зависит от возраста и пола. В работах Е.М. Мастюковой, Г.В. Грибоновой, А.Г. Московкиной указывается, что у детей при семейном алкоголизме синдром повышенной возбудимости и двигательной расторможенности уже проявляется при рождении и является даже одним из симптомов алкогольного синдрома плода. В дошкольных учреждениях трудности поведения постепенно нарастают и приобретают для ребёнка характер привычного поведенческого стереотипа. К подростковому возрасту эмоциональная возбудимость, колебания настроения и трудности поведения усиливаются. В работе М.Е. Поляковой гиперактивность встречается у детей от 2 до 4 лет.

При определении гиперактивности мы частично подошли к вопросу о причинах поведения данного типа детей, поскольку понимание причин даёт возможность наметить систему психолого-педагогической коррекции гиперактивности как особого варианта развития и сформулировать отдельные принципы реализации индивидуального подхода к этим детям.

В исследовании В.Д. Еремеевой (1989 г.) изучается зависимость модальности эмоциональных проявлений от работы левого и правого полушария головного мозга. В исследованиях обнаружено, что в группе детей с явным предпочтением правой руки в 1,5-2 раза чаще встречается пассивные виды эмоций; в другой группе - с низкой степенью подчинения правой руки в 2-3 раза чаще наблюдаются активные виды эмоций. В то же время оказалось, что в первой группе преобладают медлительные дети, а во второй – быстрые, активные. В том же русле в работах С.Е. Казаковой подчеркивается, что расторможенность, неусидчивость, моторные беспокойства, более значительно выражено у мальчиков, чем у девочек, и что это все объясняется

своеобразной мозговой (меж- и внутрислошарной) организацией нейрпсихологических процессов и повышенной уязвимостью леворуких по отношению к психотравмирующим факторам [20, 22].

В исследованиях В.А. Красова, рассматривающего гипердинамический синдром как сочетание собственно двигательной расторможенности, повышенной отвлечённости различных эмоционально-волевых расстройств, причины образования гипердинамического синдрома дифференцирующие в соответствии с тем, в каком соотношении находятся эти три компонента нарушения. Так, (в группе детей с выраженной двигательной расторможенностью, нестойкими, в большинстве случаев, кратковременными эмоциональными нарушениями, проявляющимися в виде аффективной возбудимости, неустойчивости настроения, повышенной раздражительности), в анамнезе у большинства детей отмечена патология пре- и перинатального периода (токсикоз второй половины беременности, родовая травма, асфиксия в родах, недоношенность, перенесение нейроинфекции в раннем возрасте, черепно-мозговая травма). У всех этих детей отмечались нарушения, свидетельствующие о церебральноорганической недостаточности, и проявились клинически в виде церебрастенического и невроза-подобного синдромов [25].

В другой группе детей, где двигательная расторможенность была менее выраженной, а эмоционально-волевые нарушения более сильными и сочетались с личными особенностями истероидного и эпилептоидного круга, роль резидуально-органической недостаточности в патогенезе данного варианта гипердинамического синдрома, по мысли автора, незначительна. Учитывая психопатологическую структуру нарушений и их динамику, автор предполагает, что в данном случае речь идёт о дисгармоничном развитии личности, то есть о формировании психопатии, и гипердинамический синдром является возрастным эквивалентом психопатических расстройств [25].

Причины и механизмы развития синдрома дефицита внимания с гиперактивностью сложны, и остаются недостаточно выявленными, несмотря на большое количество исследований. Для объяснения возможных механизмов его развития предложены нейроморфологические, генетические, нейрофизиологические, биохимические, социально-психологические и другие концепции. В связи с возможным участием в генезе различных факторов в настоящее время этот синдром нередко рассматривается с позиций развёрнутой биопсихосоциальной патологической модели [15].

#### 1. Пренатальные и перинатальные патологические факторы:

- употребление матерью во время беременности алкоголя, некоторых лекарственных препаратов, курение;
- токсикозы во время беременности
- возраст матери (меньше 19 и больше 30 лет)
- травмы в области живота
- несовместимость по резус-фактору □ осложнения в родах и т.д.

#### 2. Генетические факторы

В пользу наследственной природы СДВГ свидетельствуют результаты генеалогических исследований. Изучение двигательной активности у близнецов показало, что корреляционная связь с этим признаком у гомозиготных близнецов была высокой, у гетерозиготных - низкой. На основании этого считается возможным предполагать наличие у второго гомозиготного близнеца гиперподвижности. У гетерозиготных близнецов такой возможности не имеется.

С развитием молекулярной генетики наследственная концепция СДВГ получила новые подтверждения. Были обнаружены нарушения нескольких генов, связанных с симптомами заболевания. Однако поиски определённого гена, вызывающего данное расстройство, пока не увенчались успехом.



### 3. Социально-психологические факторы:

- психологический микроклимат в семье (ссоры, конфликты, алкоголизм, аморальное поведение родителей и т.д.);
- особенности воспитания (гипер- и гипопека, эгоистическое воспитание по типу «кумира семьи», педагогическая, социальная запущенность и т.д.); □ бытовые условия проживания; □ материальная обеспеченность.

### 4. Нейробиологические факторы

Согласно современным представлениям, важную роль в патогенезе синдрома играет дисфункция нейромедиаторных систем мозга, в частности, нарушения обмена дофамина, норадреналина и серотонина.

### 5. Нейроморфологические гипотезы

Данные гипотезы в качестве области анатомического дефекта при СДВГ рассматривают лобную долю, и прежде всего префронтальную область. Эти представления о вовлечении лобной доли основываются на сходстве клинических симптомов, наблюдающихся при СДВГ и у больных с поражением лобной доли.

### 6. Теории дисфункции системы arousal

Arousal - это реакция активации, которая приводит к усилению бодрственного состояния сознания. Проявления синдрома нередко объясняются с двух противоположных позиций:

а) функциональной избыточности влияния arousal: дети с СДВГ получают чрезмерную стимуляцию, поскольку они не в состоянии избирательно «отфильтровывать» поступающую сенсорную информацию, в результате чего формируются «перераздражение» коры больших полушарий и нарушения внимания;

б) функциональной недостаточности активирующих систем мозга: низкий уровень arousal вместе со слабостью тормозящих контролирующих механизмов приводят к тому, что дети с СДВГ отвлекаются на стимулы, которые игнорируются здоровыми детьми.

То есть, дети с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью не способны к регуляции своей активности в ответ на требования ситуации.

#### 7. Влияние неблагоприятных факторов внешней среды

К неблагоприятным факторам внешней среды приверженцы данного направления относят антропогенное загрязнение окружающей человека природной среды микроэлементами группы тяжелых металлов, в частности свинца, мышьяка, ртути, кадмия и никеля.

#### 8. Пищевые факторы

В этой концепции в качестве факторов риска для формирования синдрома дефицита внимания с гиперактивностью выступают воздействия пищевых токсинов, или аллергенов (искусственных красителей, естественных пищевых салицилатов).

Итак, можно обозначить две основные группы факторов, детерминирующих развитие синдрома дефицита внимания с гиперактивностью:

1. Раннее повреждение центральной нервной системы, связанное с негативными влияниями на развивающийся мозг различных форм патологии течения беременности и родов;

2. Генетические факторы.

При этом отдаленные исходы этих воздействий в значительной степени опосредуются социально-психологическими факторами [4]. Что же касается обнаруженных при этом заболевании других факторов, то они закономерно обуславливаются ранним органическим повреждением центральной нервной системы, наследственностью либо их сопряженным действием [15].

Таким образом, подводя черту под рассмотрением вопроса причин, можно отметить, что некоторые авторы видят их в своеобразных природнообусловленных предпосылках развития ребёнка, или индивидуальной вариантивности, влиянии врождённых особенностей на развитие ребёнка.

Эти данные чаще всего приводятся в работах клиницистов и физиологов. Материал психологических и психологических исследований позволяет говорить о важности внешних, социальных факторов и, прежде всего, факторе адекватных форм, организации деятельности и общения ребёнка, влияние нарушений семейных отношений. В этом контексте гиперактивность рассматривается, как сформированный близкими взрослыми способ взаимодействия ребёнка с миром.

На основании анализа литературы можно сделать следующие выводы:

1. Наибольшим числом опубликованных работ по изучению гиперактивности являются исследования клинического направления.

Психофизиологической основой гиперактивного поведения в этих работах выступает незрелость, несовершенство, нарушения и расстройства работы мозга (по типу малых мозговых дисфункций). Однако остаётся неясным как гиперактивность соотноситься с минимальными мозговыми дисфункциями: в одних исследованиях они выступают по отношению друг к другу как следствие и причина, в других изучаются параллельно и независимо друг от друга, в третьих – гиперактивность выступает одним из структурных компонентов самой ММД.

2. Наличие минимальных мозговых дисфункций разной степени сложности не может считаться универсальным объяснительным фактором, ответственным за содержание гиперактивности и её причины; необходима разработка психолого-педагогического подхода к изучению данного феномена

поведения, его структуры и динамики, конкретных условий воспитания и обучения ребёнка

3. В большинстве исследований гиперактивность рассматривается в виде ряда симптомов, среди которых чаще всего встречаются разные варианты сочетания трёх из них: избыток двигательной активности, нарушение эмоционального поведения и дефицит внимания. Различное соотношение этих (основных) симптомов и ряда дополнительных проявлений позволяют предположить разные варианты гиперактивности, в соответствии с которыми и должна строиться дифференцированная работа.

4. Изучение гиперактивности в психологической литературе идёт в направлении уточнения понятия «гиперактивность», её основных составляющих. Однако и сегодня актуальными задачами остаются: выявление динамики разных форм гиперактивного поведения; выяснение причин, лежащих в основе гиперактивного поведения; поиск психологических путей коррекции сниженных регулятивных возможностей психики у гиперактивных детей.

## **1.2. Психолого-педагогическая характеристика детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью**

Самой распространённой формой хронических нарушений поведения в детском возрасте является гиперактивность. По данным большинства зарубежных эпидемиологических исследований, его частота среди детей дошкольного и школьного возраста составляет от 4,0% до 9,5%.

Гиперактивность проявляется расстройствами внимания, двигательной расторможенностью и импульсивностью поведения. Кроме того, для большинства детей с этим синдромом характерна двигательная неловкость, неуклюжесть.

Гиперактивность детей с синдромом дефицита внимания

характеризуется тем, что они чрезвычайно подвижны, всё время бегают, крутятся, пытаются куда-то забраться. Родители описывают их «постоянно двигающимися, как будто бы к ним прикрепили мотор», неспособными усидеть на месте.

Важно учитывать то, что, оказавшись в новой обстановке, при встрече с незнакомыми людьми ребёнок не проявляет свойственной ему гиперактивности, которая на какое-то время исчезает, «тормозится» на фоне волнения. Это обстоятельство может затруднить выявление гиперактивного поведения во время консультации специалистом при первой встрече с ребёнком и родителями.

Импульсивность постоянно наблюдается у гиперактивных детей, как в разнообразных поведенческих ситуациях, так и при выполнении школьных заданий. Она выражается в том, что ребёнок часто действует, не подумав. На уроках он с трудом дожидается своей очереди, перебивает других, на вопросы отвечает невпопад, и не выслушивая их до конца. Он может без разрешения встать со своего места в классе, вмешиваться в разговор или работу находящихся рядом людей, во время игры со сверстниками бывает не в состоянии следовать правилам. Из-за импульсивности гиперактивные дети склонны к травматизации, так как могут попадать в опасные ситуации, не задумываясь о последствиях своих поступков (ввязываются в драки, выбегают на проезжую часть дороги и т.д.). Однако всё это они делают импульсивно, без специального умысла.

Наряду с гиперактивностью в двигательной сфере у таких детей обычно обнаруживаются нарушения координации движений, несформированность мелкой моторики и **праксиса (способности осуществлять** достаточно сложные целенаправленные движения и действия). У них возникают сложности при завязывании шнурков, застегивании пуговиц и пр. Недостаточная сформированность координации движений ведёт к моторной неловкости,

неспособности к спортивным занятиям и повышенному риску травматизма. Так же у таких детей имеются проблемы с концентрацией внимания, выраженная отвлекаемость.

Появление основных жалоб при «синдроме дефицита внимания с гиперактивностью» относится к младшему школьному возрасту. С началом обучения в школе (т. е. с момента резкого повышения нагрузки на центральную нервную систему) становится более заметным дефицит внимания. Ребёнок рассеян (часто теряет свои вещи, забывает выполнять домашнее задание), оказывается неспособным удержать внимание дольше нескольких минут и сосредоточиться на определённом виде деятельности, неусидчив, легко отвлекается и быстро меняет занятие, бросив и не завершив предыдущее. Как отмечают учителя и родители, дети не могут усидеть на месте во время урока и выполнения домашних заданий. Такому ребёнку сложно общаться с другими детьми, он как бы отталкивается остальным коллективом, что заставляет его менять своё поведение. В попытке привлечь к себе внимание ребёнок совершает непредсказуемые поступки. Данные проявления обуславливают низкую успеваемость детей с «синдромом дефицита внимания с гиперактивностью», несмотря на достаточно высокий интеллект.

В подростковом возрасте признаки гиперактивности сокращаются, однако импульсивность и нарушение внимания сохраняются. Подросток с «синдромом дефицита внимания с гиперактивностью» несамостоятелен, безответственен, необязателен, безынициативен и по-прежнему неспособен к длительному выполнению заданий, часто нарушает общественные нормы. Будучи ведомым, такой подросток быстро вовлекается в группировки, в том числе криминальные, начинает употреблять алкоголь и наркотические вещества. При этом его поведение характеризуется окружающими как «незрелое», не соответствующее возрасту [15].

Учебная деятельность – это первый род занятий, при котором ребёнку необходимо научиться самоконтролю, умению подчиниться требованиям взрослых, соблюдать дисциплину занятий и правила поведения в общественных местах. Все вышеперечисленное просто-напросто противопоказано гиперактивному ребёнку, так как он не сможет подчиниться требованиям и дисциплине, в связи с тем, что он элементарно не может сосредоточиться на одном деле более 5 минут. При выполнении школьных заданий, гиперактивными детям не хватает простой усидчивости, у них начинаются проблемы в школе притом, что в подавляющем большинстве случаев интеллектуальные способности таких детей ничем не уступают аналогичным показателям их ровесников. На фоне неумения выполнять в срок учебные задания и вести себя в рамках правил на школьных занятиях у таких детей обостряются отношения со взрослыми, с педагогами и родителями, требования которых воспринимаются детьми как нечто невыполнимое. Растёт непонимание в семье, которое рано или поздно приведёт к конфликтным ситуациям.

Поэтому вопрос о готовности к школе для гиперактивных детей должен решаться в каждом конкретном случае психологом и наблюдающим ребёнка врачом.

В развитии «синдрома дефицита внимания с гиперактивностью» важную роль играет повреждение головного мозга с формированием синдрома минимальной мозговой дисфункции [4].

Минимальные мозговые дисфункции являются одними из наиболее распространённых форм нейропсихических нарушений у детей и сопровождаются задержкой темпов развития функциональных систем мозга, обеспечивающих реализацию высших психических функций, таких как восприятие, внимание, память, письменная и устная речь и др. «Синдромом дефицита внимания с гиперактивностью» страдают около 3-6% детей

дошкольного и школьного возраста, что свидетельствует о высокой социальной значимости данной проблемы, причем мальчики этим синдромом страдают чаще, чем девочки [15].

По мере взросления гиперактивность может исчезнуть «естественным» путём, однако статистика свидетельствует, что 70% детей, чья гиперактивность была выявлена в дошкольные и младшие школьные годы, сохраняют подобные качества и в подростковом возрасте, причем риск социально опасного поведения среди таких тинэйджеров очень высок, немногим меньше половины из них имеют в своём «послужном списке» факты агрессивного поведения и насилия, задержание органами милиции, попытки покончить с собой. Поэтому родительский диагноз «а, ничего, с возрастом пройдёт» в данном случае абсолютно не применим, развитие гиперактивного ребёнка нужно контролировать и корректировать.

Лечение «синдрома дефицита внимания с гиперактивностью» носит комплексный характер и включает в себя методы модификации поведения с помощью специально разработанных алгоритмов для родителей и педагогов, приёмов психологической коррекции, психотерапии, медикаментозной терапии, а также не медикаментозных методик.

Среди медикаментозных препаратов для лечения «синдрома дефицита внимания с гиперактивностью» в мировой практике широкое применение находят стимуляторы центральной нервной системы. В качестве препаратов выбора обычно используют метилфенидат и декстроамфетамин, которые выпускаются в виде препаратов короткого и длительного действия, а также атомоксетин, который помогает при деструктивном поведении больных детей.

Врач, наблюдающий за ребёнком, конечно же, в первую очередь проводит соответствующее лечение, но он также по возможности проводит разъяснительную работу с родителями и педагогами. Психолог, совместно с педагогом и родителями, проводит психологическую коррекцию



эмоциональной сферы и поведения ребёнка. Он может заниматься с ребёнком как индивидуально, так и в группе гиперактивных детей по специально разработанной программе. Кроме того, психолог ведёт разъяснительную работу с педагогами, совместно с ними разрабатывает стратегию и тактику взаимодействия с каждым гиперактивным ребёнком и составляет индивидуальную программу развития такого ребёнка [32].

Обеспечение общего эмоционально-нейтрального фона развития и обучения ребёнка является главной задачей родителей. Кроме того, родитель отслеживает эффективность проводимого лечения и сообщает о его результатах неврологу, психологу, педагогам. Педагог, приняв к сведению рекомендации специалистов, осуществляет процесс обучения ребёнка, учитывая его индивидуальные особенности развития и поведения, семейную обстановку. Только в случае подобного комплексного подхода происходит последовательное единодушное воспитание и обучение гиперактивного ребёнка, что способствует реализации потенциала ребёнка и снижению его эмоционального напряжения [29].

Таким образом, младший школьный возраст охватывает период жизни ребёнка от семи до десяти-одиннадцати лет. Наиболее характерная черта этого периода состоит в том, что в этом возрасте дошкольник становится школьником.

Ведущей деятельностью ребёнка младшего школьного возраста становится учение, требующее от ребёнка перестройки поведения на основе произвольности.

Произвольность, внутренний план действий и рефлексия - основные новообразования ребёнка младшего школьного возраста. Произвольность распространяется на все познавательные процессы, они становятся высшими. Мышление становится теоретическим. Дети осваивают общие способы

решения задач. У них формируется внутренний план действий. Рефлексия способствует осознанию ребёнка себя как субъекта деятельности.

Развитие отдельных психических процессов осуществляется на протяжении всего младшего школьного возраста. Окончательно формируются процессы саморегуляции, самосознание переходит на новый уровень. Начинает осознаваться самооценка, которая соотносится с достижениями в учебе.

При настойчиво и последовательно проводимой коррекционной работе с гиперактивным ребёнком с первых лет его жизни, можно ожидать, что к 6-7 годам проявления синдрома будут преодолены. В противном случае, поступив в школу, гиперактивный ребёнок столкнётся с ещё более серьёзными трудностями.

В современной системе воспитания младший школьный возраст охватывает период жизни ребёнка от семи до десяти-одиннадцати лет. Наиболее характерная черта этого периода состоит в том, что в этом возрасте дошкольник становится школьником. Это переходный период, когда ребёнок соединяет в себе черты дошкольного детства с особенностями школьника.

Каждый период психического развития ребёнка характеризуется основным, ведущим видом деятельности. Ведущей деятельностью младшего школьника, по А.Н. Леонтьеву, становится учение, существенно изменяющее мотивы его поведения, открывающее новые источники развития его познавательных и нравственных сил. Развитие психики младших школьников происходит главным образом на основе ведущей для них деятельности. Включаясь в учебную работу, дети постепенно подчиняются её требованиям, а выполнение этих требований предполагает появление новых качеств психики, отсутствующих у дошкольников. Новые качества возникают и развиваются у младших школьников по мере формирования учебной деятельности [28].

По мнению Л.И. Божович, произвольность, внутренний план действий и рефлексия – основные новообразования ребёнка младшего школьного возраста. Благодаря им, психика младшего школьника достигает уровня развития, необходимого для дальнейшего обучения в средней школе, для нормального перехода в подростковый возраст с его особыми возможностями и требованиями. Неподготовленность некоторых младших школьников к средней школе чаще всего связана с несформированностью этих общих качеств и способностей личности, определяющих уровень психических процессов и самой учебной деятельности [3].

На протяжении всего младшего школьного возраста осуществляется развитие отдельных психических процессов. Дети, приходящие в школу, еще не имеют целенаправленного внимания. Они обращают своё внимание в основном на то, что им непосредственно интересно, что выделяется яркостью и необычностью (непроизвольное внимание). Условия школьной работы требуют от ребёнка следить за такими предметами и усваивать такие сведения, которые в данный момент его вовсе не интересуют. Постепенно ребёнок учится направлять и устойчиво сохранять внимание на нужных, а не просто внешне привлекательных предметах. У первоклассников произвольное внимание неустойчиво, так как они еще не имеют внутренних средств саморегуляции. Развитие внимания связано также с расширением объёма внимания и умением распределять его между разными видами действий. Поэтому учебные задачи целесообразно ставить так, чтобы ребёнок, выполняя свои действия, мог и должен был следить за работой товарищей [21].

От 1 к 3 классу эффективность запоминания учащимися словесно выраженных сведений повышается быстрее, чем эффективность запоминания наглядных данных, что объясняется интенсивным формированием у детей приёмов осмысленного запоминания. Эти приёмы связаны с анализом существенных отношений, фиксируемых в основном с помощью словесных

конструкций. Вместе с тем для процессов обучения большое значение имеет удержание в памяти наглядных образов. Поэтому приёмы произвольного и непроизвольного запоминания нужно формировать применительно к обоим видам учебного материала – словесному и наглядному.

Для развития воображения, как важной психической способности, необходима систематическая учебная деятельность. Большинство сведений, сообщаемых младшим школьникам учителем и учебником, имеет форму словесных описаний, картин и схем. Школьники каждый раз должны воссоздать себе образ действительности (поведение героев рассказа, события прошлого, невиданные ландшафты, наложение геометрических фигур в пространстве и т.д.) [12].

Анализ учебного материала производится по преимуществу в наглядно-действенном плане. Дети опираются при этом на реальные предметы или их прямые заместители, изображения (такой анализ иногда называют практически-действенным или чувственным). Учащиеся 1-2 классов зачастую судят о предметах и ситуациях весьма односторонне, схватывая какой-либо единичный внешний признак. Умозаключения опираются на наглядные предпосылки, данные в восприятии. Обоснование вывода осуществляется не на основе логических аргументов, а путем прямого соотнесения суждения с воспринимаемыми сведениями. Обобщения, выполняемые детьми на этой стадии, происходят под сильным «давлением» бросающихся признаков предметов. Большинство обобщений, возникающих на этой стадии, фиксирует конкретно воспринимаемые признаки и свойства, лежащих на поверхности явлений и предметов.

Усвоение новых норм и правил поведения существенно меняет особенности эмоций младших школьников, как считает Л.И. Божович. У многих это происходит без отрицательных переживаний и положительно воспринимается самими детьми. Как и другие психические процессы, в

условиях учебной деятельности изменяется общий характер эмоций детей. Учебная деятельность связана с системой строгих требований к совместным действиям, с сознательной дисциплиной, с произвольным вниманием и памятью. Всё это, на наш взгляд, служит образованию организационных умений и навыков.

Всё это влияет и на эмоции детей. На протяжении младшего школьного возраста наблюдается усиление сдержанности и осознанности в проявлениях эмоций, повышение устойчивости эмоциональных состояний. Младшие школьники уже умеют управлять своими настроениями, а иногда даже маскировать их (в этом обнаруживается характерная черта возраста - формирование произвольности психических процессов). Младшие школьники более уравновешены, чем дошкольники, а также подростки. Им присущи длительные, устойчивые радостные и бодрые настроения. При осуществлении самой учебной деятельности формируются такие чувства, как удовлетворение, любознательность и восхищение [3].

Самой распространённой формой хронических нарушений поведения в детском возрасте является гиперактивность. По данным большинства зарубежных эпидемиологических исследований, его частота среди детей дошкольного и школьного возраста составляет от 4,0% до 9,5%.

Гиперактивность проявляется двигательной расторможенностью, расстройствами внимания и импульсивностью поведения. Кроме того, для большинства детей с этим синдромом характерна двигательная неловкость, неуклюжесть.

Гиперактивность детей с синдромом дефицита внимания характеризуется тем, что они чрезвычайно подвижны, всё время бегают, крутятся, пытаются куда-то забраться. Родители описывают их «постоянно двигающимися, как будто бы к ним прикрепили мотор», неспособными усидеть на месте.

Важно учитывать то, что, оказавшись в новой обстановке, при встрече с незнакомыми людьми ребёнок не проявляет свойственной ему гиперактивности, которая на какое-то время исчезает, «тормозится» на фоне волнения. Во время консультации специалистом при первой встрече с ребёнком и родителями это обстоятельство может затруднить выявление гиперактивного поведения.

У гиперактивных детей импульсивность постоянно наблюдается как в разнообразных поведенческих ситуациях, так и при выполнении школьных заданий, ребёнок часто действует, не подумав. На уроках он с трудом дожидается своей очереди, перебивает других, на вопросы отвечает невпопад, и не выслушивая их до конца. Он может без разрешения встать со своего места в классе, вмешиваться в разговор или работу находящихся рядом людей, во время игры со сверстниками бывает не в состоянии следовать правилам. Из-за импульсивности гиперактивные дети склонны к травматизации, так как могут попадать в опасные ситуации, не задумываясь о последствиях своих поступков (ввязываются в драки, выбегают на проезжую часть дороги и т.д.). Однако все это они делают импульсивно, без специального умысла.

Наряду с гиперактивностью в двигательной сфере у таких детей обычно обнаруживаются нарушения координации движений, несформированность мелкой моторики и праксиса (способности осуществлять достаточно сложные целенаправленные движения и действия). У них возникают сложности при завязывании шнурков, застегивании пуговиц и пр. Недостаточная сформированность координации движения ведет к моторной неловкости, неспособности к спортивным занятиям и повышенному риску травматизма.

Гиперактивные дети имеют огромный дефицит физического и эмоционального контакта с матерью. В силу своей повышенной активности они как бы сами «уходят», отстраняются от таких контактов с матерью, но на самом деле глубоко нуждаются в них. Из-за отсутствия этих важных контактов

чаще всего и возникают нарушения в эмоциональной сфере: тревожность, неуверенность, возбудимость, негативизм. А они, в свою очередь, отражаются на умении ребёнка контролировать себя, сдерживаться, быть внимательным, переключаться на другое.

Специфические особенности имеет и моторика гиперактивного ребёнка. Эти дети выделяются своей неловкостью, неуклюжестью. Наиболее часто нарушенными оказывается тонкая моторика (что проявляется в неровности почерка, растянутости букв) и сенсомоторная координация (неловкость в движениях рук). Часто наблюдаются излишнее мышечное напряжение, повышенный мышечный тонус.

Гиперактивное поведение детей отличается следующими признаками [15]: невротические привычки в виде сосания большого пальца; часто наблюдаются беспокойные движения в кистях и стопах; сидя на стуле, крутится, вертится; встаёт со своего места в классе во время уроков или в других ситуациях, когда нужно оставаться на месте; проявляет бесцельную двигательную активность: бегают, крутится, пытается куда-то залезть, причем в таких ситуациях, когда это неприемлемо; обычно не может тихо, спокойно играть или заниматься чем-либо на досуге; находится в постоянном движении и ведёт себя так, «как будто к нему прикрепили мотор»; часто бывает болтлив; часто отвечает на вопросы, не задумываясь, не выслушав их до конца; обычно с трудом дожидается своей очереди в различных ситуациях; часто мешает другим, пристаёт к окружающим (например, вмешивается в беседы или игры); повышенная утомляемость, особенно психическая; при плановой работе не может сосредоточиться, часто бывает бледным и сонным; нарушение сна и аппетита; навязчивые тики.

Все эти специфические особенности отражаются на формировании организационных умений и навыков гиперактивных детей. Под организационными умениями и навыками – мы понимаем способность

ребёнка организовывать какую-либо деятельность, выполнять разнообразные задачи — планировать, анализировать, ожидать, действовать по плану. У гиперактивных детей, по причине их выделенных особенностей: дефицита активного внимания, двигательной расторможенности, импульсивности, эти навыки и умения слабо развиты.

Целостные представления об этиологии, патогенезе и клинических проявлениях синдрома дефицита внимания и гиперактивности в различные периоды онтогенеза дают нам основание для разработки и теоретического обоснования программы психолого-педагогического сопровождения детей с указанным видом патологии.



### **1.3. Основные направления и формы работы по педагогической коррекции гиперактивного поведения младших школьников**

Анализ возрастной динамики показал, что признаки расстройства наиболее выражены в дошкольном и младшем школьном возрастах: наибольший процент детей с синдромом отмечается в 5-10 лет, что отличается от возраста 11-12 лет. Таким образом, мы считаем, что пик проявления синдрома приходится на период подготовки к школе и начало обучения [15].

После уточнения причин нарушения и выявления сопутствующих нарушений с указанием преобладающих отклонений – дефицита внимания, гиперактивности/импульсивности или сочетания этих нарушений. На основе диагностических данных выстраивается индивидуальная схема психологопедагогической коррекции.

При раздражающем поведении ребёнка взрослые часто не понимают, что с ним происходит. Не зная о наследственной природе гиперактивности, они объясняют поведение сына (дочери) «неправильным» воспитанием и обвиняют друг друга. Специалисты должны помочь родителям разобраться в поведении ребёнка, объяснить, на что реально можно надеяться и как вести себя с ребёнком. Необходимо использовать всё многообразие методик и выбрать наиболее эффективные при данных нарушениях. Педагог должен объяснить родителям, что улучшение состояния ребёнка в значительной мере зависит от доброго, спокойного и последовательного отношения к нему.

#### **Медикаментозная терапия**

Поскольку причинами гиперактивности могут быть нарушения ЦНС, в определённых случаях назначается медикаментозная терапия.

При нарушениях поведения (повышенной двигательной активности, агрессии, возбудимости) чаще всего назначают психостимуляторы, реже – антидепрессанты и нейролептики.

Психостимуляторы стали применяться для лечения двигательной расторможенности и нарушений внимания с 1937 г. и до сих пор это самые эффективные препараты при этом заболевании: во всех возрастных группах (дети, подростки, взрослые) улучшение наблюдается в 75% случаев.

При приёме лекарств у гиперактивных детей улучшается поведение, когнитивные и социальные функции: они становятся более внимательными, успешно выполняют задания в классе, у них повышается успеваемость, улучшаются взаимоотношения с окружающими.

В нашей стране эти препараты пока не зарегистрированы и не используются. Других высокоэффективных медикаментозных препаратов пока не создано. Наши психоневрологи по-прежнему назначают аминалон, и другие нейролептики с гипертормозным действием, не улучшающим состояние этих детей. Кроме того, аминалон оказывает неблагоприятное воздействие на печень. Проведено несколько исследований по изучению влияния церебролизина и других ноотропов на «синдром дефицита внимания с гиперактивностью», однако в широкую практику эти препараты пока не внедрены [14].

Однако нельзя надеяться только на лекарственные препараты, так как:

- не у всех больных наблюдается ожидаемый эффект;
- психостимуляторы, как и любые лекарства, имеют ряд побочных действий;
- применение одних только лекарств не всегда улучшает поведение ребёнка.

Поведенческая психотерапия

Среди психолого-педагогических методов коррекции гиперактивного поведения главная роль отводится поведенческой психотерапии.

Поведенческие программы требуют значительного умения, взрослым приходится прилагать всю свою фантазию и опыт общения с детьми, чтобы во время занятий поддерживать мотивацию постоянно отвлекающегося ребёнка.

Коррекционные методики будут эффективны лишь при условии тесного сотрудничества семьи и школы, которое обязательно должно включать обмен информацией между родителями и учителями посредством совместных семинаров, курсов-тренингов и т.д. Успех в лечении будет гарантирован при условии поддержания единых принципов в отношении к ребёнку дома и в школе: система «вознаграждения», помощь и поддержка взрослых, участие в совместной деятельности. Непрерывность лечебной терапии в школе и дома – главный залог успеха.

Кроме родителей и учителей большую помощь в организации программы коррекции должны оказывать врачи, психологи, социальные педагоги – те, кто может оказать профессиональную помощь в индивидуальной работе с таким ребёнком.

Коррекционные программы должны быть ориентированы на возраст 5 – 8 лет, когда компенсаторные возможности мозга велики, и еще не успел сформироваться патологический стереотип (Трошин В.М. и др., 1994).

Необходимо помнить, что негативные методы воспитания неэффективны у детей с гиперактивным поведением. Особенности их нервной системы таковы, что порог чувствительности к отрицательным стимулам очень низок, поэтому они не восприимчивы к выговорам и наказанию, но легко отвечают на малейшую похвалу. Хотя способы вознаграждения и поощрения ребёнка надо постоянно менять.

В разговоре с ребёнком и, особенно, при выдаче ему задания, необходимо избегать директивных указаний, желательно повернуть ситуацию таким образом, чтобы ребёнок почувствовал: он сделает полезное дело для всей семьи, ему всецело доверяют, на него надеются. При разговоре с

ребёнком необходимо избегать постоянных одергиваний типа «сиди спокойно» или «не болтай, когда я с тобой разговариваю» и другие неприятные для него вещи.

Несколько примеров поощрений и вознаграждений: разрешить ребёнку посмотреть телевизор вечером на полчаса больше положенного времени, угостить специальным десертом, дать возможность поучаствовать в играх вместе со взрослыми (лото, шахматы), позволить лишний раз сходить на дискотеку, купить ту вещь, о которой он давно мечтал.

Если ребёнок в течение недели ведет себя примерно, в конце недели он должен получить дополнительное вознаграждение. Это может быть какая-то поездка вместе с родителями за город, экскурсия в зоопарк, в театр и другие.

Приведенный вариант поведенческого тренинга является идеальным и не всегда его использование возможно у нас в настоящее время. Но родители и учителя могут использовать отдельные элементы этой программы, взяв её основную идею: поощрение ребенка за выполнение поставленных целей. Причем не имеет значения, в каком виде это будет представлено: материальное вознаграждение или просто ободряющая улыбка, ласковое слово, повышенное внимание к ребёнку, физический контакт (поглаживание).

При неудовлетворительном поведении допускается как метод воздействия наказание, которое не должно быть отсроченным и непонятным для ребёнка. Это может быть просто словесное неодобрение, временная изоляция от других детей, лишение «привилегий».

Родителям рекомендуется написать список того, чего они ожидают от ребёнка в плане поведения. Этот список в доступной манере объясняется ребёнку. После этого все написанное неукоснительно соблюдается, и ребёнок

поощряется за успех в его выполнении. Необходимо воздерживаться от физического наказания.

Специальное обучение.

Если ребёнку трудно учиться в обычном классе, то по решению медико-психолого-педагогической комиссии его переводят в специализированный класс.

Гиперактивному ребёнку может помочь обучение в особых условиях, соответствующих его способностям. Основные причины плохой успеваемости при данной патологии – невнимательность и отсутствие должной мотивации и целеустремленности, иногда в сочетании с парциальными задержками развития школьных навыков. В отличие от обычной «задержки психического развития» они являются временным явлением и при интенсивных занятиях могут успешно нивелироваться. При наличии парциальных задержек рекомендуется класс коррекции, а при нормальном интеллекте – класс для догоняющих [59].

Обязательным условием обучения гиперактивных детей в коррекционных классах является создание благоприятных условий для развития: наполняемость не более 10 человек в классе, обучение по специальным программам, наличие соответствующих учебников и развивающих материалов, индивидуальные занятия с психологом, логопедом и другими специалистами. Класс желательно изолировать от внешних раздражителей, в нём должно быть минимальное количество отвлекающих и стимулирующих предметов (картин, зеркал и т.д.); ученики должны сидеть отдельно друг от друга, учащиеся с более выраженной двигательной активностью следует усаживать за предметные столы ближе к учителю, чтобы исключить их влияние на других детей. Продолжительность занятий сокращается до 30–35 минут. В течение дня обязательно проводятся занятия по аутогенной тренировке.

Однако, организовывать класс исключительно для гиперактивных детей нецелесообразно, так как в своём развитии они должны опираться на успевающих учеников. Особенно это касается первоклассников, которые развиваются главным образом путём подражания и следования авторитетам.

В последнее время в связи с недостаточным финансированием организация классов коррекции нерациональна. Однако надо помнить, что отсутствие вообще какой-либо коррекции может привести к развитию хронической формы заболевания, а значит, к проблемам в жизни этих детей и окружающих.

#### Двигательная активность

Лечение гиперактивных детей обязательно должно включать физическую реабилитацию. Это специальные упражнения, направленные на восстановление поведенческих реакций, выработку координированных движений с произвольным расслаблением скелетной и дыхательной мускулатуры.

Положительный эффект физических упражнений, особенно на сердечнососудистую и дыхательную системы организма, хорошо известен всем врачам.

Большинство проведённых экспериментов показало, что механизм улучшения самочувствия связан с усиленной продукцией при длительной мышечной активности особых веществ – эндорфинов, которые благотворно влияют на психическое состояние человека.

Однако не все виды физической активности могут быть полезны для гиперактивных детей. Для них не показаны игры, где сильно выражен эмоциональный компонент (соревнования, показательные выступления). Рекомендуются физические упражнения, носящие аэробный характер, в виде длительного, равномерного тренинга легкой и средней интенсивности:

длительные прогулки, бег «трусцой», плавание, лыжи, езда на велосипеде и другие.

Особое предпочтение следует отдавать равномерному длительному бегу, который благоприятно влияет на психическое состояние, снимает напряженность, улучшает самочувствие.

Перед тем как ребёнок начнёт заниматься физическими упражнениями, он должен пройти медицинский осмотр с целью исключения заболеваний, прежде всего, сердечнососудистой системы.

Давая рекомендации по рациональному двигательному режиму гиперактивным детям, врач должен учитывать не только особенности данного заболевания, но и росто-весовые данные детского организма, а также наличие гиподинамии. Известно, что только мышечная активность создаёт предпосылки для нормального развития организма в детском возрасте, а дети с синдромом, вследствие общей задержки развития, часто отстают в росте и массе тела от здоровых сверстников [1].

### Психотерапия

Гиперактивность – это проблема не только ребёнка, но и взрослых, прежде всего матери, которая наиболее часто с ним контактирует.

Существует множество психотерапевтических методик, которые могут принести пользу, как матери, так и ребёнку. Остановимся на некоторых из них.

Визуализация – создаёт условия для восстановления умственного и физического равновесия;

Медитация – снижает активность симпатической системы, способствует снижению тревожности и расслаблению. При этом замедляются сердечный ритм и дыхание, снижается потребность в кислороде, меняется картина мозгового напряжения, реакция на стрессовую ситуацию уравнивается;

Аутогенная тренировка – способствует снижению двигательной расторможенности, эмоциональной возбудимости, улучшает координацию в пространстве, двигательный контроль, усиливает концентрацию внимания;

Семейная психотерапия – необходима родителям, которые чувствуют вину за «плохое» воспитание ребёнка, и самому ребёнку. Метод метафоры, целью которого являются инициация сознательного или подсознательного транс деривационного поиска, который может помочь человеку в использовании своих личностных ресурсов для такого обогащения внутренней картины мира, чтобы суметь справиться с проблемой. Иногда применяют туманные метафоры, чтобы люди использовали собственные ресурсы. Так же в качестве метафор могут использоваться истории о других семьях.

Однако необходимо понимать, что использование рассмотренных методов требует специальной профессиональной подготовки в данной области [46].

Проблема гиперактивных детей звучит как проблема неуправляемых, «трудных детей», имеющих сложности в организации своего поведения деятельности, создающих проблемы в процессе взаимодействия с окружающими его сверстниками и взрослыми.

Такие особенности являются показателем развития произвольности, а в отечественной детской психологии развитие произвольности рассматривается как основная и центральная линия развития личности ребёнка.

Согласно концепции Л.С. Выготского: «личность охватывает единство поведения, которое отличается признаком овладения», и соответственно, развитие личности есть становление способности владеть своим поведением и своими психическими процессами», [9].

В работах А.В. Запорожца (1964), З.М. Истоминой (1957), и других, посвященных изучению возникновения и развития произвольности,



отмечается, что произвольность впервые возникает в старшем дошкольном возрасте [16].

Генезис произвольных форм поведения включает в качестве необходимого звена развития контроля и самоконтроля деятельности и поведения (Д.Б. Эльконин, Л.А. Венгер, Е.А. Бугрименко и другие) Произвольное поведение ребенка постоянно привлекает внимание исследователей, поскольку формирование произвольного контроля и самоконтроля у детей младшего школьного возраста. Ставит ряд специальных вопросов, обусловленных особенностями этого возраста, и в первую очередь, спецификой ранних форм регуляции, управления и деятельностью.

Исследования Т.А. Барановской (на материале иностранного языка) показали, что поэтапное формирование предметно-содержательных действий развивает самые высокие условия самоконтроля в отличие от традиционного обучения [2].

В становление механизмов самоконтроля важная роль лежит как овладению способами управления поведением, так и формированию необходимых для этого мотивов. Многие психологи считают, что вопрос саморегуляции поведения тесно связан с центральной проблемой воспитания-превращения моральных норм во внутренние регуляторы поведения (М.И. Боришевский, И.И. Чеснокова, С.Т. Якобсон и др.). Так, в работах М.И. Боришевского самоконтроль рассматривается не только как один из механизмов саморегуляции поведения, но и как психологическое качество личности, - действенное отношение к правилам поведения. Выясняя условия формирования самоконтроля поведения у младших школьников, автор показал, что самоконтроль ребенка и характер его отношения к правилам очень неустойчивы и зависят от того, удовлетворяется ли актуальная для ребенка в данный момент потребность. В качестве практического метода исследования развертывание в классном коллективе системы взаимоконтроля.

Лишь единичные исследования раскрывают смысловую сторону контроля и самоконтроля как особого типа отношений между людьми. Так, в исследованиях В. Мухиной, мы находим данные, что дошкольники и младшие школьники при осуществлении самоконтроля обнаруживает большую зависимость от взрослого даже в тех случаях, когда операциональный состав контрольного действия не вызывает у ребенка затруднений (1981). Существенным условием формирования у школьников самоконтрольных, контрольных действий, является выделение и освоение социальной стороны контроля как особых взаимоотношений между людьми. В специальных исследованиях автором показано, что способом выделения социальной функции контроля, адекватным специфике дошкольного возраста, служит специально организованная игровая деятельность, в которой правила взаимоконтроля, составляют основное содержание игровых действий детей [33].

Автор показал, что благодаря такой игре у детей, удалось сформировать не просто частное действие контроля, область применения которого ограничена кругом определенных задач, а некоторое общее отношение к правилам контроля. Это проявилось в широком переносе освоенной детьми функции контроля на самые разнообразные сферы деятельности, в том числе на неигровые. Общее отношение обнаруживалось в готовности ребенка принять полученные от взрослого средства контроля в самостоятельной деятельности [34].

Однако роль взрослого остается чрезвычайно важной. Исследуя развитие системы отношений «ребенок – взрослый», Д.Б. Эльконин приходит к выводу о том, что в дошкольном возрасте поведение ребенка становится опосредованным, образом действий взрослого человека. Новое отношение между ребенком и взрослым, при котором образ взрослого ориентирует

действия и поступки ребенка, служит основой всех новообразований в личности ребенка [57].

Д.Б. Эльконин подчеркивает, что выделение взрослого в качестве образца позволяет ребенку регулировать свои действия согласно правилам и нормам, носителем которых является взрослый. Характерная особенность этой ранней саморегуляции состоит в том, что правило ребенка не совсем отдельно от своего носителя- взрослого, не выделено из общего контекста взаимодействия ребенка с взрослым. Поэтому определенные правила действий, норм отношений с другими людьми, установленных в обществе, выполняются ребенком преимущественно в тех случаях, когда взрослый «подключен» к деятельности ребенка [57].

Общение между ребенком и взрослым осуществляется как бы на двух языках. Один – это язык понятий, категорий, обобщений осуществляемый посредством слов и предложений, которому взрослые придают большее значение, помогая ребенку овладеть им с раннего возраста. Другой «язык» человеческих чувств – не менее эффективное как средство общения, средство регуляции деятельности и поведения [19].

Именно эмоции осуществляют первичную форму регуляции поведения ребенка. Очень важно, что к активному использованию «языка» чувств, ребенок готов значительно раньше, чем к использованию языковых и других средств. Специфика регулирующей роли эмоций в процессе развития ребенка, в значительной мере определяется особенностями содержания и динамики взаимодействия взрослого с ребенком, и в первую очередь, особенностям эмоциональных отношений между ними, определяющих и другие проявления эмоций (на соматическом, сенсорном и других уровнях)

Рассмотренные выше положения актуальны для изучения детей с гиперактивным поведением, поскольку важнейшей составляющей является, недостаточное формирование регулирующих механизмов психики, которые

затрудняют детям процесс общения с окружающими, а также следование правилам поведения, принятым в школе.

Часто неусидчивость и отвлекаемость воспринимаются педагогами как нежелание учиться, что приводит к ухудшению взаимоотношений ребенка с взрослыми и постоянному состоянию стресса. Поэтому детям с СДВГ необходимо тренировать внимание, усидчивость, умение ждать, чтобы лучше адаптироваться к социуму.

После уточнения причин заболевания и выявления сопутствующих нарушений ставится диагноз с указанием преобладающих отклонений – дефицит внимания, гиперактивность/импульсивность или сочетание этих нарушений. Затем на основе полученных диагностических данных разрабатывается схема психолого-педагогической коррекции индивидуально для каждого случая.

«Мультимодальная» коррекция включает в себя следующие этапы:

- беседы просветительского характера с самим ребёнком, его родителями и педагогами;
- обучение родителей и учителей поведенческим программам;
- вовлечение ребенка в различные кружки и секции для расширения круга его общения;
- специальное обучение в случае затруднений с учёбой;
- медикаментозная терапия

Двигательная коррекция СДВГ проходит в несколько этапов:

1. Активизация вестибулярно-моторной активности, стимулирование вестибулярного аппарата (упражнения на фитболе, прыжки, качели, и др.), свободные действия, состоящие из простых движений, выполняемых с целью разгрузить психику ребёнка, вызвать у него положительные эмоции. Двигательная стимуляция способствует повышению

общей активности головного мозга, помогая снизить гиперактивность. На этом этапе не нужно ограничивать подвижность ребёнка.

2. Развитие умения управлять своими движениями (упражнения и игры с командой «стоп», преодоление различных препятствий в пространстве, ограничения пространства для игр с помощью веревок, подушек и пр.). Цель этого этапа заключается в формировании у ребенка ощущения внутреннего торможения. Он учится управлять своим движением в соответствии с произвольно заданной целью.

3. Преодоление импульсивности за счет введения в игру правил и паузы для их актуализации. После сигнала «стоп» возникает пауза, необходимая для обдумывания ребёнком своих дальнейших действий. Во время «паузы» гиперактивный ребёнок работает по программе: «остановись – посмотри – подумай – сделай». Программа задаётся в словесной или наглядной форме (с помощью весёлых картинок с соответствующими подписями). Ребёнок продумывает программу своих дальнейших действий. Так формируется ориентировочная основа действия, достигается формирование структуры деятельности. На этом этапе используются упражнения, при выполнении которых ребёнку нужно сменить вид действий по условному сигналу. Например, упражнение «Паучок». Ребёнок шагает одноименной рукой и ногой, но после звукового сигнала (хлопка в ладоши или звона колокольчика) ему необходимо остановиться, а затем продолжить движение разноименными конечностями.

После прохождения трёх этапов можно давать ребёнку более сложные двигательные упражнения, в которых ему потребуются координировать и регулировать свои движения, чтобы достичь цели (жонглирование мячами, парные перебросы, упражнения на равновесие и т. д.).

Гиперактивные дети постоянно находятся в движении, поэтому логично использовать подвижные игры как форму работы с ними. Игры подбираются

таким образом, чтобы они способствовали развитию у ребенка внимательности, умения останавливаться по команде или по собственному желанию, выполнять действия, требующие сосредоточенности и скоординированности движений. При этом необходимо учитывать особенности гиперактивных детей и не предъявлять к ним слишком много требований. Важно обращать внимание только на то, насколько хорошо ребенок справляется с основной задачей игры.

## **ВЫВОДЫ ПО ПЕРВОЙ ГЛАВЕ**

1. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) – нервнопсихическое расстройство, часто встречающееся в детском возрасте, которое может сохраняться в подростковом и даже во взрослом возрасте. Гиперактивность часто приводит к ухудшению отношений со сверстниками и с взрослыми, мешает в учебной и социальной адаптации.

Подводя черту под рассмотрением вопроса причин, можно отметить, что некоторые авторы видят их в своеобразных природно-обусловленных предпосылках развития ребёнка, или индивидуальной вариантивности, влиянии врождённых особенностей на развитие ребёнка. Эти данные чаще всего приводятся в работах клиницистов и физиологов. Материал психологических и педагогических исследований позволяет говорить о важности внешних, социальных факторов и, прежде всего, факторе адекватных форм, организации деятельности и общения ребёнка, влияние нарушение семейных отношений. В этом контексте гиперактивность рассматривается как сформированный близкими взрослыми способ взаимодействия ребёнка с миром.

2. Проявления СДВГ существенно затрудняют детям процесс общения с окружающими, а также следование правилам поведения, принятым

в школе, негативно влияют на формирование организационных умений и навыков.

Под организационными умениями и навыками учащихся младших классов с СДВГ – мы понимаем неспособность ребенка организовать какуюлибо деятельность, выполнять разнообразные задачи — планировать, анализировать, ожидать, действовать по плану. У гиперактивных детей в следствии их выделенных особенностей: дефицита активного внимания, двигательной расторможенности, импульсивности – эти навыки и умения слабо развиты.

3. Основными направлениями работы с гиперактивными детьми являются медикаментозная терапия, поведенческая психотерапия, перевод ребенка на специальное обучение, физическая реабилитация.

Гиперактивным детям необходимо тренировать произвольное внимание, усидчивость, развивать терпение, учиться контролю над своим поведением, все это оказывает позитивное влияние на формирование их организационных умений и навыков.

## **ГЛАВА 2. ОПЫТНО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ РАБОТА ПО РАЗВИТИЮ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ УМЕНИЙ И НАВЫКОВ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ**

### **2.1. Цель, задачи, методики практического исследования на констатирующем этапе эксперимента**

Наша опытно-экспериментальная работа, посвященная проблеме коррекции организационных умений и навыков у учащихся младшего школьного возраста с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью, проводилась на базе МОУ «СОШ № 31» г. Магнитогорска. Всего в исследовании приняли участие 49 детей – учащихся 3-х классов, 21 мальчик и 28 девочек. Экспериментальную группу составили 23 учащихся (из них 6 с гиперактивным поведением), 12 девочек и 11 мальчиков; контрольную – 24 учащихся (из них 4 с гиперактивным поведением), 11 девочек и 13 мальчиков. Работа проводилась после получения предварительного согласия родителей учащихся на участие несовершеннолетних в экспериментальной деятельности, а также на использование полученных в процессе исследования данных в научных целях.

Опытно-экспериментальное исследование включало в себя три этапа:

- 1) констатирующий эксперимент;
- 2) формирующий эксперимент; 3) контрольный эксперимент.

Процесс исследования состоял из несколько этапов.

На первом этапе осуществлялся констатирующий эксперимент в ходе которого осуществлялось знакомство с детьми, проведение их первичного



обследования, наблюдение за их поведением, также было проведено обследование двигательной активности, мелкой моторики, устной речи детей, процесса чтения, состояние неречевых психических функций (внимание, память, мышление, зрительно-пространственные функции, конструктивный праксис и др.), проводились беседы с родителями и педагогами.

На основе полученных данных были заполнены карты на каждого ребенка.

Основные проявления гиперактивности можно поделить на три группы:

- дефицит активного внимания, □
- двигательная расторможенность, □
- импульсивность.

В результате наблюдения за выделенной группой детей принято решение о проведении мероприятий по коррекции невнимательности и гиперактивности. Для подтверждения предположений и выявления симптомов СДВГ нами были применены методики исследования внимания.

Для оценки степени сформированности организационных умений и навыков у учащихся младшего школьного возраста с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью нами были применены следующие методики: методика «Да и Нет» (автор Н.И. Гуткина); методика «Вежливость» (автор Н.И. Гуткина); методика «Обведение контура».

**Методика «Да и Нет»** (автор Н.И. Гуткина). Предназначена для определения степени произвольности внимания детей, что позволяет судить сформированности организационных умений и навыков

**Методика «Вежливость»** (автор Н.И. Гуткина). Методика предназначена для диагностики уровня произвольности поведения детей.

**Методика «Обведение контура»**. Она предназначена для диагностики уровня концентрации внимания и моторно-двигательного развития детей.

**1. Методика «ДА и НЕТ»** использовалась для диагностики степени произвольности внимания детей, что позволяет судить о сформированности организационных умений и навыков

*Выполняется методика следующим образом:* ребенку предлагается поиграть в игру, где я (психолог) буду задавать вопросы, а ты (ребенок) отвечая на них, не должен произносить слова «ДА» или «НЕТ». Какие слова нельзя будет произносить, повтори, пожалуйста. (Ребенок повторяет).

Теперь будь внимателен, я буду задавать вопросы.

*Обработка результатов* проводится путем подсчета баллов, начисляющихся за ошибки, под которыми понимаются два слова «ДА» и «НЕТ». За каждую ошибку начисляется 1 балл. Чем хуже выполнено задание, тем выше суммарный балл. Употребление детьми слов таких, как «ага», «неа» и т.п. в качестве ошибки не считается;

**2. Методика «Вежливость»** использовалась для диагностики уровня произвольности детей, что позволяет судить о сформированности организационных умений и навыков

*Выполняется методика следующим образом:* ребенку предлагается выполнять те команды, в которых ведущий, говорит слово «пожалуйста». Содержание команд связано с физическими упражнениями.

*Обработка результатов* проводится путем подсчета баллов, начисляющихся за ошибки, под которыми понимаются выполнение команды без слова «пожалуйста». За каждую ошибку начисляется 1 балл. Чем хуже выполнено задание, тем выше суммарный балл.

**3. Методика «Обведение контура»** использовалась для диагностики уровня концентрации внимания и моторно-двигательного развития детей, что позволяет судить о степени сформированности организационных умений и навыков.

Выполняется методика следующим образом: ребенку предлагаются рисунки с изображением геометрических фигур наложенных друг на друга.

Необходимо найти и обвести каждую фигуру цветным карандашом.

*Обработка результатов:* в № 1-2 каждая правильно и ясно обведенная фигура оценивается в 2 балла, в № 3-4 – 1 балл, если ребенок обвел ясно контур фигуры, нет значительных перерывов в линиях; 0 балл – при отступлении от контура фигур, при пропуске части контура или пропуске самих фигур.

Распределение показателей, диагностируемых при помощи используемых методик, представлено в таблице 1.

Таблица 1

### Уровневые показатели

Уровни	Методики		
	произвольное внимание («Да - Нет», количество ошибок)	произвольная двигательная активность («Вежливость», количество ошибок)	моторно-двигательное развитие («Обведение контура», количество баллов)
Очень высокий	0-2	0-2	10
Высокий	3-5	3-5	8-9
Средний	6-14	6-14	4-7
Низкий	15-17	15-17	2-3
Очень низкий	18-20	18-20	0-1

Результаты исследования проявлений гиперактивности у детей младшего школьного возраста до проведения коррекционной работы с детьми приведены в таблицах 2-5.

Таблица 2

### Результаты первичной диагностики произвольного внимания, произвольной двигательной активности и моторно-двигательного развития (экспериментальная группа, n=23)

п/п	Имя, Ф.	Методики
-----	---------	----------

		произвольное внимание («Да - Нет», количество ошибок)	произвольная двигательная активность («Вежливость», количество ошибок)	моторно- двигательное развитие («Обведение контура», количество баллов)
1.	Алина М.	3	1	8
2.	Альбина Ш.	2	1	7
3.	Андрей К.	2	3	8
4.	Артур Г.	4	3	8
<b>5.</b>	<b>Валя Л. (*)</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>4</b>
<b>6.</b>	<b>Ваня Ж. (*)</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
7.	Вова Д.	5	3	6
8.	Гульнара Г.	4	4	5
9.	Дарья К.	2	2	8
10.	Дарья М.	2	3	9
11.	Денис Р.	1	3	8
<b>12.</b>	<b>Дима Н. (*)</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>2</b>
<b>13.</b>	<b>Дима Р. (*)</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>4</b>
14.	Жанна С.	3	2	8
15.	Зарина И.	3	3	8
<b>16.</b>	<b>Катя Н. (*)</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>3</b>
<b>17.</b>	<b>Коля Ч. (*)</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>
18.	Наталья А.	6	2	8
19.	Оксана Р.	3	2	6
20.	Полина С.	3	2	7
21.	Регина Ф.	3	3	7
22.	Ринат А.	4	4	8
23.	Тимофей Д.	3	2	5
Средний показатель		3,70	2,78	6,22

Таблица 3

**Уровневые показатели до проведения коррекционной работы  
(экспериментальная группа, n=23)**

Уровни	Методики					
	произвольное внимание		произвольная двигательная активность		моторно-двигательное развитие	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Очень высокий	5	21,74	8	34,78	0	0
Высокий	14	60,87	15	65,22	10	43,48
Средний	4	17,39	0	0	10	43,48
Низкий	0	0	0	0	3	13,04

Очень низкий	0	0	0	0	0	0
--------------	---	---	---	---	---	---

Как видно из представленной таблицы, до проведения коррекционной работы в экспериментальной группе преобладают учащиеся с высоким уровнем произвольного внимания (14 человек или 60,87% от общей численности экспериментальной группы) и произвольной двигательной активности (15 человек или 65,22% от общей численности экспериментальной группы), а также высоким и средним уровнем моторнодвигательного развития (по 10 человек или по 43,48% от общей численности экспериментальной группы).

Следует отметить, что из 6 детей с гиперактивным поведением у 3 человек зафиксированы показатели среднего уровня и у 3 человек – высокого уровня произвольного внимания.

У всех шестерых зафиксированы показатели высокого уровня произвольной двигательной активности, по 3 человека – показатели среднего и низкого уровня моторно-двигательного развития.

Таблица 4

**Результаты первичной диагностики произвольного внимания, произвольной двигательной активности и моторно-двигательного развития (контрольная группа, n=24)**

п/п	Имя, Ф.	Методики		
		произвольное внимание («Да - Нет», количество ошибок)	произвольная двигательная активность («Вежливость», количество ошибок)	моторно-двигательное развитие («Обведение контура», количество баллов)
1.	Игорь З.	4	3	7
2.	Ильнур П.	3	3	6
3.	Катя З.	4	4	8
4.	Максим Н.	2	2	8
5.	Максим П.	2	1	9
6.	Марат Б.	3	3	7
7.	Марат Г.	4	2	8
8.	Мария Л.	4	2	10

<b>9.</b>	<b>Маша Д. (*)</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>
10.	Маша П.	4	3	7
11.	Миша В.	3	3	7
12.	Наталья М.	3	3	8
13.	Павел У.	4	3	7
14.	Саша М.	3	2	3
<b>15.</b>	<b>Саша П. (*)</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>4</b>
<b>16.</b>	<b>Светлана А. (*)</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>3</b>
17.	Светлана М.	4	3	8
18.	Светлана Я.	4	3	7
19.	Сергей П.	2	3	7
20.	София В.	2	4	9
21.	Тимофей Ш.	1	2	6
<b>22.</b>	<b>Федя П. (*)</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>3</b>
23.	Юля М.	3	1	7
24.	Юля П.	2	2	6
Средний показатель		3,46	2,71	6,58

Таблица 5

**Уровневые показатели до проведения коррекционной работы  
(контрольная группа, n=24)**

Уровни	Методики					
	произвольное внимание		произвольная двигательная активность		моторно-двигательное развитие	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Очень высокий	6	25,00	9	37,50	1	4,17
Высокий	16	66,67	15	62,50	7	29,17
Средний	2	8,33	0	0	12	50,00
Низкий	0	0	0	0	4	16,67
Очень низкий	0	0	0	0	0	0

Как видно из представленной таблицы, до проведения коррекционной работы в контрольной группе преобладают учащиеся с высоким уровнем произвольного внимания (16 человек или 66,67% от общей численности контрольной группы) и произвольной двигательной активности (15 человек или 62,50% от общей численности контрольной группы), а также со средним уровнем моторно-двигательного развития (12 человек или 50% от общей численности контрольной группы).

Из 4 детей с гиперактивным поведением у 2 человек зафиксированы показатели среднего уровня и у 2 человек – высокого уровня произвольного внимания.

У одного человека зафиксированы показатели очень высокого и у 3 человек – высокого уровня произвольной двигательной активности. У 1 человека – показатели среднего и у 3 человек - низкого уровня моторнодвигательного развития.

Таким образом, можно отметить, что до проведения коррекционной работы диагностированные в экспериментальной и контрольной группах показатели существенно не отличаются. В экспериментальной группе отмечается наличие показателей высокого уровня моторно-двигательного развития (43,48%), тогда как в контрольной показатель для данного уровня существенно ниже.

После проведения коррекционной работы в экспериментальной группе было проведено повторное исследование с целью выявления динамики основных исследовательских показателей в экспериментальной и контрольной группах. Результаты исследования приведены в таблицах 6-9.

Таблица 6

**Результаты контрольной диагностики произвольного внимания, произвольной двигательной активности и моторно-двигательного**

**развития (экспериментальная группа, n=23)**

п/п	Имя, Ф.	Методики		
		произвольное внимание («Да - Нет», количество ошибок)	произвольная двигательная активность («Вежливость», количество ошибок)	моторно-двигательное развитие («Обведение контура», количество баллов)
1.	Алина М.	1	0	8

2.	Альбина Ш.	1	1	6
3.	Андрей К.	2	1	9
4.	Артур Г.	2	2	8
<b>5.</b>	<b>Валя Л. (*)</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>7</b>
<b>6.</b>	<b>Ваня Ж. (*)</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>6</b>
7.	Вова Д.	2	1	8
8.	Гульнара Г.	1	2	9
9.	Дарья К.	1	1	8
10.	Дарья М.	0	1	8
11.	Денис Р.	1	0	10
<b>12.</b>	<b>Дима Н. (*)</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>6</b>
<b>13.</b>	<b>Дима Р. (*)</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>7</b>
14.	Жанна С.	1	1	9
15.	Зарина И.	0	0	10
<b>16.</b>	<b>Катя Н. (*)</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>7</b>
<b>17.</b>	<b>Коля Ч. (*)</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>9</b>
18.	Наталья А.	2	1	9
19.	Оксана Р.	1	0	8
20.	Полина С.	0	1	9
21.	Регина Ф.	1	3	8
22.	Ринат А.	2	2	7
23.	Тимофей Д.	1	2	8
Средний показатель		1,48	1,09	8,0

Таблица 7

**Уровневые показатели после проведения коррекционной работы  
(экспериментальная группа, n=23)**

Уровни	Методики					
	произвольное внимание		произвольная двигательная активность		моторно-двигательное развитие	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Очень высокий	20	86,96	22	95,65	2	8,70
Высокий	3	13,04	1	4,35	14	60,87
Средний	0	0	0	0	7	30,43
Низкий	0	0	0	0	0	0
Очень низкий	0	0	0	0	0	0

Как видно из представленной таблицы, после проведения коррекционной работы в экспериментальной группе преобладают учащиеся с высоким уровнем произвольного внимания (20 человек или 86,96% от общей



численности экспериментальной группы) и произвольной двигательной активности (22 человека или 95,65% от общей численности экспериментальной группы), а также высоким уровнем моторнодвигательного развития (14 человек или 60,87% от общей численности экспериментальной группы).

Следует отметить, что из 6 детей с гиперактивным поведением у 3 человек зафиксированы показатели высокого уровня и у 3 человек – очень высокого уровня произвольного внимания.

У всех шестерых зафиксированы показатели очень высокого уровня произвольной двигательной активности; у 5 человек – среднего и у 1 человека – высокого уровня моторно-двигательного развития.

Результаты контрольного исследования в контрольной группе приведены в таблицах 8 и 9.

Таблица 8

**Результаты контрольной диагностики произвольного внимания, произвольной двигательной активности и моторно-двигательного развития (контрольная группа, n=24)**

п/п	Имя, Ф.	Методики		
		произвольное внимание («Да - Нет», количество ошибок)	произвольная двигательная активность («Вежливость», количество ошибок)	моторно-двигательное развитие («Обведение контура», количество баллов)
1.	Игорь З.	2	3	9
2.	Ильнур П.	2	4	7
3.	Катя З.	3	2	9
4.	Максим Н.	2	1	7
5.	Максим П.	2	2	9

6.	Марат Б.	2	2	6
7.	Марат Г.	3	2	9
8.	Мария Л.	2	3	9
<b>9.</b>	<b>Маша Д. (*)</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>4</b>
10.	Маша П.	4	1	8
11.	Миша В.	2	0	9
12.	Наталья М.	2	2	9
13.	Павел У.	2	1	6
14.	Саша М.	3	1	6
<b>15.</b>	<b>Саша П. (*)</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>5</b>
<b>16.</b>	<b>Светлана А. (*)</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
17.	Светлана М.	2	2	9
18.	Светлана Я.	3	2	8
19.	Сергей П.	2	3	7
20.	София В.	1	2	8
21.	Тимофей Ш.	2	1	10
<b>22.</b>	<b>Федя П. (*)</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>4</b>
23.	Юля М.	2	1	8
24.	Юля П.	2	1	8
Средний показатель		2,71	1,83	7,38

Таблица 9

**Уровневые показатели при контрольном исследовании  
(контрольная группа, n=24)**

Уровни	Методики					
	произвольное внимание		произвольная двигательная активность		моторно-двигательное развитие	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Очень высокий	15	62,50	20	83,33	1	4,17
Высокий	8	33,33	4	16,67	13	54,17

Средний	1	4,17	0	0	9	37,50
Низкий	0	0	0	0	1	4,17
Очень низкий	0	0	0	0	0	0

Как видно из представленной таблицы, при контрольном исследовании в контрольной группе преобладают учащиеся с очень высоким уровнем произвольного внимания (15 человек или 62,50% от общей численности контрольной группы) и произвольной двигательной активности (20 человек или 83,33% от общей численности контрольной группы), а также с высоким уровнем моторно-двигательного развития (13 человек или 54,17% от общей численности контрольной группы).

Из 4 детей с гиперактивным поведением у 1 человека зафиксированы показатели среднего уровня и у 3 человек – высокого уровня произвольного внимания.

У всех четверых зафиксированы показатели очень высокого уровня произвольной двигательной активности. У 3 человек зафиксированы показатели среднего и у 1 человека - низкого уровня моторно-двигательного развития.

Гипотеза, заявленная в исследовании, подтвердилась, у всех детей были отмечены легкие когнитивные нарушения: снижение объема кратковременной и долговременной памяти, недостаточная сформированность вербально-логического мышления, низкая способность к абстрактному мышлению, сложности с устойчивостью, переключаемостью, сосредоточенностью и распределением внимания.

Кроме того, было выявлено, что для детей с СДВГ характерны повышенная тревожность, сниженная мотивация, а также недостаточная сформированность функций организации, программирования и контроля психической деятельности.

В целом, в результате обследования было установлено, что дети лучше справляются с заданиями, не требующими развитого пространственного

воображения и наглядно-образного мышления, а также достаточной сформированности конструктивного праксиса и зрительно-моторной координации. Значительные трудности вызывают задания, возлагающие нагрузку на вербально-логическое мышление, кратковременную и долговременную память, на способность к абстрагированию. Мышление детей предельно конкретно и ситуативно. Кроме того, наиболее типичной для обследованных детей, помимо нарушения функций памяти, внимания и мышления, оказалась недостаточная сформированность функций организации, программирования и контроля психической деятельности.

Таким образом, можно отметить, что при контрольном исследовании диагностированные в экспериментальной и контрольной группах уровневые показатели также существенно не отличаются. Очевидно, что судить об эффективности проведенной коррекционной работы по формированию организационных умений и навыков у учащихся младших классов с СДВГ можно на основе сравнения динамики основных показателей в экспериментальной и контрольной группах, полученных до и после проведения коррекционной работы. Также при анализе следует обратить внимание на перераспределение показателей по уровням внутри каждой группы, а также на индивидуальные показатели с ярко выраженной динамикой.

## **2.2. Программа коррекции нарушений организационных умений и навыков у учащихся младшего школьного возраста с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью**

Нами была разработана программа коррекции организационных умений и навыков у учащихся младшего школьного возраста с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью.

Данная программа коррекции организационных умений и навыков у учащихся младшего школьного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивности была апробирована на базе Специальной (коррекционной) общеобразовательной школы-интерната МОУ «СОШ № 31» г.

Магнитогорска. Всего в эксперименте приняли участие 49 детей – учащихся

3-х классов, 21 мальчик и 28 девочек. Экспериментальную группу составили 23 учащихся (из них 6 с гиперактивным поведением), 12 девочек и 11 мальчиков; контрольную – 24 учащихся (из них 4 с гиперактивным поведением), 11 девочек и 13 мальчиков. Работа проводилась после получения предварительного согласия родителей учащихся на участие несовершеннолетних в экспериментальной деятельности, а также на использование полученных в процессе исследования данных в научных целях.

*Цель* – разработка программы коррекции нарушений организационных умений и навыков у учащихся младшего школьного возраста с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью и проверка эффективности предложенной программы в ходе педагогического эксперимента.

*Предмет коррекции* – организационные умения и навыки учащихся младшего школьного возраста с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью.

*Объект* – учащиеся младшего школьного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивности.

*Задачи* – развитие функций организации, программирования и контроля психической деятельности; двигательно-моторной ориентировки, активизация процессов мышления, восприятия, внимания, памяти.

*Форма работы* – индивидуально-групповая на уроках и во внеурочное время.

*Формы индивидуальной и дифференцированной работы:*

- подвижные игры, индивидуальные задания для самостоятельной работы, работа с рабочими тетрадями на печатной основе, индивидуальные домашние задания и т.п.;
- нелинейная конструкция на уроке: обучение всех, два параллельных процесса: самостоятельная работа учащихся и индивидуальная с отдельными учениками; *Уроки:* физкультура.

*Внеурочное время:* Прогулки, переменки, экскурсии, кружки.

*Продолжительность:* с сентября 2017 г. - по март 2018 г.

В разработке программы мы учитывали следующие условия, а именно: коррекционная работа должна проводиться поэтапно с опорой на принципы комплексности и системности коррекционного воздействия; последовательно в зависимости от возраста учащихся и их психофизиологических особенностей, а так же условий их обучения; упражнения должны носить развивающую направленность, содействовать развитию познавательной и двигательной сферы учащихся младшего школьного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивности.

Необходимо отметить что в коррекционном процессе должны принимать активное участие педагоги и воспитатели учебного заведения.

Личностно-ориентированный подход в программе выражается в следующих положениях:

- опора на положительные качества, подход к учащимся младшего школьного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивности с оптимизмом и доверием;
- просьбы, стимулирующие добрые дела;
- организация успеха в учебе;
- показ положительных примеров;
- проявление доброты, внимания, заботы;

- внушение уверенности;
- реализация потребностей в игре;
- удовлетворение потребности в самореализации; □ похвала, присуждение награды.

Основными разделами коррекционной работы являются следующие: психотерапевтическая работа с ребенком, медикаментозное лечение и психолого-педагогические мероприятия. Каждый из них имеет свою специфику, но есть и общие принципы, на которых должен основываться весь комплекс мероприятий. Некоторые из них приводим ниже.

– *Единство диагностики и коррекции.* Коррекционно-развивающая работа по формированию организационных умений и навыков учащихся младшего школьного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивности проводится после диагностики уровня развития функций организации, программирования и контроля психической деятельности; двигательной ориентировки, процессов мышления, восприятия, внимания, памяти, так как данные обследования определили направления коррекционно-развивающей работы. А также по завершению коррекционно-развивающей работы проводится итоговое обследование зрительного восприятия, пространственной ориентации и зрительно-моторной координации с целью выявления уровня развития этих функций и определения направлений дальнейшей коррекционно-развивающей работы.

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

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

– *Активного привлечения социального окружения к участию в коррекционной работе.* Наша программа рассчитана на взаимодействие педагога, психолога, логопеда и воспитателя.

Формы работы определяются целями занятий, для которых характерно сочетание как традиционных методов и приемов, так и применение информационно - коммуникационных технологий (создание презентаций к урокам, работа на интерактивной доске, использование различных обучающих программ, использование ресурсов Интернет и т.д.). Традиционные методы, используемые на занятиях, обогащаются игровыми ситуациями.

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

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

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

Гиперактивный ребенок имеет нейрофизиологические проблемы, справиться с которыми самостоятельно не может. Дисциплинарные меры воздействия в виде постоянных наказаний, замечаний, окриков, нотаций не приведут к улучшению поведения ребенка, а, скорее, ухудшат его. Эффективные



результаты коррекции синдрома дефицита внимания и гиперактивности достигаются при оптимальном сочетании медикаментозных и немедикаментозных методов, к которым относятся психологические и нейропсихологические коррекционные программы.

Все занятия, проходят с применением нейропсихологических коррекционных методик и направлены на развитие определенных функций, так как у большинства младших школьников с СДВГ в анамнезе выявлено наличие ММД.

Методологическую основу программы нейропсихологической коррекции представляют: учение А.Р Лурии о закономерностях развития и иерархическом строении мозговой организации высших психических функций (нейропсихологическая петля развития), возможности «Методики замещающего онтогенеза» Б.А. Архипова и А.В. Семенович[47], упражнения из «психогимнастики мозга» П. Деннисона. Методика построена как трехблочная система, ориентирована на особенности и этапы морфофункционального созревания головного мозга ребенка.

Первый блок является энергетическим. Он отвечает за поддержание тонуса, который необходим для нормальной работы подкорково-корковых полушарий головного мозга.

Для гармонизации нейродинамического обеспечения деятельности используют ряд упражнений, направленных на активизацию подкорковых образований головного мозга. К ним относятся:

- дыхательные упражнения и растяжки;
- различные виды массажа и самомассажа (весьма эффективен пальцев рук и ушных раковин);
- телесные упражнения и техники релаксации;
- глазодвигательные упражнения.

Второй блок осуществляет прием, переработку и хранение сенсорной информации. Структуры головного мозга, отвечающие за деятельность данного блока, находятся в задних отделах полушарий мозга. Каждая область отвечает за определенный тип информации (височная — слуховую, затылочная — зрительную, теменная — общечувствительную).

Второй блок включается в себя три надстроенные друг над другом корковые зоны. Вначале, первичные зоны осуществляют прием нервных импульсов. Затем вторичные зоны обрабатывают полученную информацию. Третичные зоны осуществляют логические и грамматические операции, которые требуют участия абстрактного мышления и отвечают за человеческую память.

Для оптимизации данного блока используют упражнения, направленные на:

- улучшение свойств памяти, внимания;
- формирование пространственных представлений и отношений; □  
развитие ловкости и плавности произвольных движений.

Третий блок отвечает за программирование, регуляцию и контроль деятельности. Он находится в передних отделах больших полушарий. Эти отделы организуют сознательную и активную деятельность. У детей с СДВГ процессы не сбалансированы, поэтому рекомендовано применение:

- ролевых игр;
- коммуникативных упражнений с вербальное и невербальное акцентирование;
- упражнений, направленные на повышение саморегуляции, вариативности и рациональности поведения.

Для проведения коррекционной работы нами была разработана программа по коррекции нарушений организационных умений и навыков у

учащихся младшей школы с СДВГ включающая 10 занятий. В магистерской диссертации приведен краткий конспект 5 занятий. Конспект остальных занятий представлен в приложениях (Приложение 1).

Занятия для детей с СДВГ проводят один-два раза в неделю на протяжении семи-девяти месяцев. В дальнейшем полученные навыки закрепляются в домашних условиях. Необходимость длительности цикла обусловлена тем, что работа церебральных блоков осуществляется заново и происходит исправление сформировавшихся аномальных взаимодействий систем мозга.

При проведении занятий используются следующие задания и упражнения:

#### Занятие 1

##### **Краткий конспект занятия**

##### **1. Растяжка "Травинка на ветру".**

Детям предлагается изобразить всем телом травинку (сесть на пятки, руки вытянуть вверх, сделать вдох).

Инструктор: "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. Дыхательное упражнение**

И. п. - сидя на полу, скрестив ноги, с прямой спиной (!). Поднять руки вверх над головой с вдохом и опустить вниз на пол перед собой с выдохом, немного сгибаясь при этом в туловище. Это упражнение хорошо тем, что оно

автоматически заставляет ребенка дышать правильно, у него просто нет возможности дышать по-другому.

### **3. Глазодвигательное упражнение**

И.п. - сидя на полу. Голова фиксирована. Глаза смотрят прямо перед собой. Продолжать отработку движения глаз по четырем основным (вверх, вниз, направо, налево) и четырем вспомогательным направлениям (по диагоналям); сведение глаз к центру. Движения глаз необходимо совмещать с дыханием. На фазе глубокого вдоха необходимо сделать движения глазами, затем удержать глаза в крайнем латеральном положении на фазе задержки дыхания. Возврат в исходное положение сопровождается пассивным выдохом. Усложнение - упражнение выполняется с легко прикушенным языком. Усложнение - упражнение выполняется с широко открытым ртом.

### **4. Упражнения для развития мелкой моторики**

И.п. - сидя на полу.

#### **Упражнение «Лягушка».**

Положить руки на пол (стол). Одна рука сжата в кулак, другая лежит на плоскости стола (ладошка). Одновременно (реципрокно) менять положение рук. Усложнение упражнения состоит в ускорении.

#### **Упражнение на массаж «ушных раковин»**

Помассировать мочки ушей, затем всю ушную раковину. В конце упражнения растереть уши руками.

### **5. Коммуникативное упражнение "Неожиданные картинки".**

**Цель:** развитие взаимоотношения со сверстниками. Участники садятся в круг и получают восковые мелки и подписанный лист бумаги. По команде инструктора дети начинают рисовать какую-нибудь картинку, затем по следующей команде передают ее соседу справа. Получают от соседа слева

недорисованную картинку и продолжают ее рисовать. Передача недорисованных картинок продолжается до тех пор, пока они не сделают полный круг и дети не получат картинку, которую начали рисовать. Каждый участник имеет возможность увидеть, какой вклад вложен им в каждую картинку. Игру можно оживить музыкальным сопровождением.

## **6. Когнитивное упражнение "Визуализация геометрических фигур".**

И.п. - сидя на полу. Детям предлагается представить круг (квадрат, треугольник и т. д.), затем мысленно изменить размер, цвет, форму, вращать вокруг своей оси, отдалить и приблизить фигуру.

## **8. Функциональное упражнение с правилами "Шалуны".**

**Цель:** развитие произвольной регуляции. Инструктор 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.

## **9. Релаксация "Пляж".**

**Цель:** развитие мышечного контроля, элиминация 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 2.

## **1. Растяжка "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. Дыхательное упражнение**

И.п. - сидя на коленях или на пятках, ноги вместе. Прямые руки расставлены в стороны параллельно полу. Кисти сжаты в кулаки, кроме больших пальцев, вытянутых вовне. С вдохом поворачивать руки большими пальцами вверх; с выдохом - вниз.

## **3. Глазодвигательное упражнение. То же. И.п. - сидя на полу.**

Голова фиксирована. Глаза смотрят прямо перед собой. Продолжать отработку движения глаз по четырем основным (вверх, вниз, направо, налево) и четырем вспомогательным направлениям (по диагоналям); сведение глаз к центру. Движения глаз необходимо совмещать с дыханием. На фазе глубокого вдоха необходимо сделать движения глазами, затем удержать глаза в крайнем латеральном положении на фазе задержки дыхания. Возврат в исходное положение сопровождается пассивным выдохом. Усложнение - упражнение выполняется с легко прикушенным языком. Усложнение - упражнение выполняется с широко открытым ртом.

## **4. Упражнения для развития мелкой моторики рук.**

И. п. - сидя на полу. Усложнение- упражнения выполняются с закрытыми глазами.

## **Упражнение «Лягушка».**

Положить руки на пол (стол). Одна рука сжата в кулак, другая лежит на плоскости стола (ладошка). Одновременно (реципрочно) менять положение рук. Усложнение упражнения состоит в ускорении.

#### **5. Функциональное упражнение "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 инструктор убирает один предмет. Задача ребенка - назвать исчезнувший предмет.

#### **6 Когнитивное упражнение "Фотография".**

**Цель:** эмоциональное развитие. И.п. - сидя на полу. Инструктор показывает детям фотографию с изображением человека с определенным настроением. Один из участников должен воспроизвести заданную ему фразу с интонацией, соответствующей эмоции на фотографии. Необходимо сопровождать высказывание соответствующей мимикой и жестами. Остальные дети должны оценить правильность выполнения задания.

#### **7. Коммуникативное упражнение "Сиамские близнецы".**

**Цель:** развитие двигательного контроля и навыков взаимодействия со сверстниками. Дети разбиваются на пары и встают как можно ближе к своему партнеру. Инструктор бинтом обматывает правую руку одного партнера с левой рукой другого. Аналогично соединяются и ноги. Затем детям даются различные задания: пройти по комнате, станцевать, нарисовать рисунок и т.д. Для оживления упражнения одному из партнеров можно завязать глаза.

#### **8. Релаксация «Огонь и лед»**

**Цель:** развитие мышечного контроля, элиминация импульсивности. Упражнение включает в себя попеременное напряжение и расслабление всего тела. Дети выполняют упражнение лежа. По команде инструктора "огонь" дети

начинают интенсивные движения всем телом. Плавность и степень интенсивности движений каждый ребенок выбирает произвольно. По команде "лед" дети застывают в позе, в которой их застигла команда, напрягая до предела все тело. Инструктор несколько раз чередует обе команды, произвольно меняя время выполнения той и другой.

### Занятие 3

#### **1. Растяжка «Подвески»**

И.п. - сидя на полу. Детям предлагается представить, что они куклы-марионетки, которые после выступления висят на гвоздиках в шкафу. Инструктор: "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. Инструктор следит за степенью расслабленности тела у детей, акцентируя внимание на напряженных местах.

#### **2. Дыхательное упражнение**

И.п. - сидя на полу. Прямые руки вытянуты вперед или в стороны на уровне плеч, ладони смотрят вниз. С вдохом поднять левую кисть вверх, одновременно опуская правую вниз (движение только в лучезапястном суставе). С выдохом - левая кисть вниз, правая вверх.

#### **3. Глазодвигательное упражнение**

И.п. - сидя на полу. То же упражнение выполнять с подключением однонаправленных движений языка (глаза и язык вправо - вдох, пауза, в исходное положение - выдох, пауза, глаза и язык влево - вдох, пауза, в исходное положение - выдох, пауза и т.д.).

#### **4. Упражнения для развития мелкой моторики**

И.п. - сидя на полу. Усложнение- упражнения выполняются с закрытыми глазами.



### **Упражнение "Змейки".**

Предложите ребенку представить, что его пальцы - это маленькие змейки. Они могут двигаться-извиваться, вращаясь направо, налево, снизувверх и сверху вниз. При двуручном выполнении ладони сначала "смотрят" от ребенка, потом-друг на друга. При этом сначала прорабатываются одноименные пальцы рук, а затем разноименные (например, большой палец правой руки и мизинец левой руки).

**Упражнение "Массаж ушных раковин".** Помассировать мочки ушей, затем всю ушную раковину. В конце упражнения растереть уши руками.

### **5. Функциональное упражнение "Кто летает?".**

**Цель:** развитие концентрации внимания. Дети садятся на полу полукругом, инструктор называет предметы. Если предмет летает - дети поднимают руки, если не летает - руки у детей опущены. Когда инструктор сознательно ошибается, детям необходимо своевременно удержаться и не поднять руку. Ребенок, который не удержался, поднял руку не во время, должен заплатить фант и выкупить его в конце игры, выполнив какое-либо задание.

### **6. Когнитивное упражнение "Визуализация перемещений".**

И.п. - сидя на полу. Детям предлагается представить себя в любом месте земного шара. Для этого необходимо ощутить себя легко плывущим над Землей, почувствовать тепло солнечных лучей и дуновение ветерка, замечать запахи и звуки.

### **7. Коммуникативное упражнение "Сороконожка".**

**Цель:** развитие навыков взаимодействия со сверстниками. Участники группы встают друг за другом, держась за талию впереди стоящего. По команде инструктора "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".

## **8. Релаксация "Ковер-самолет".**

*Инструктор:* "Мы ложимся на волшебный ковер-самолет; 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 коверсамолет начинает снижение и приземляется в нашей комнате (пауза)... Потягиваемся, делаем глубокий вдох и выдох, открываем глаза, медленно и аккуратно садимся".

### Занятие 4

#### **1. Растяжка "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 падает 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. Дыхательное упражнение**

И.п. - сидя на полу. Вдыхать левой ноздрей, выдыхая через правую ноздрю. На вдохе представлять, как с воздухом "золотисто-серебристая энергия" проходит через левую ноздрю, левую часть горла, левую часть сердца и желудка и доходит до копчика. При выдохе "желтая болезненная энергия" выходит через правую часть тела (печень, почки, правую часть сердца, правую

часть горла и правую ноздрю). Затем вдыхать правой ноздрей, а выдыхать левой. Циклы повторить по 3 раза.

### **3. Глазодвигательное упражнение**

И.п. - сидя на полу. То же упражнение выполнять с подключением однонаправленных движений языка (глаза и язык вправо - вдох, пауза, в исходное положение - выдох, пауза, глаза и язык влево - вдох, пауза, в исходное положение - выдох, пауза и т.д.).

### **4. Упражнения для развития мелкой моторики рук.**

И.п. - сидя на полу. Усложнение - упражнения выполняются с легко прикушенным языком и закрытыми глазами.

#### **Упражнение "Лягушка".**

Положить руки на пол (стол). Одна рука сжата в кулак, другая лежит на плоскости стола (ладошка). Одновременно (реципрокно) менять положение рук. Усложнение упражнения состоит в ускорении.

### **5. Функциональное упражнение "Что слышно?".**

**Цель:** развитие концентрации внимания. И.п. - сидя на полу. Инструктор предлагает детям послушать и запомнить то, что происходит в комнате, за дверью, на улице. Затем он просит рассказать, какие звуки они слышали. Можно подсчитать услышанные звуки и выбрать победителя.

### **6. Когнитивное упражнение "Визуализация Волшебника".**

И.п. - сидя на полу. Детям предлагается представить перед собой доброго и мудрого человека, которому можно задавать любые вопросы. Необходимо внимательно "слушать" ответы Волшебника. Он может рассказать необычайную историю.

### **7. Функциональное упражнение "Рубка дров".**

**Цель:** элиминация агрессии. И.п. - стоя. Каждый участник должен представить себе, что он рубит дрова из нескольких чурок. Он должен

пантомимическим образом поставить чурку на пень, высоко над головой поднять топор и с силой опустить его на чурку. Всякий раз при опускании топора он должен громко выкрикнуть: "Ха!" Затем поставить перед собой следующую чурку и рубить вновь. Через 2 минуты каждый участник говорит, сколько чурок он разрубил.

### **8. Коммуникативное упражнение "Тачка".**

Дети разбиваются на пары. Один из партнеров принимает "упор лежа", другой берет его за ноги и приподнимает. Первый начинает движение на руках, второй идет за ним, поддерживая его ноги и учитывая скорость движения.

### **9. 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 5**

**1. Растяжка "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. Дыхательное упражнение.** И.п. - сидя на полу. Выдохнуть, открыть глаза. Вдохнуть, закрыть глаза. Продолжать, выдыхая при свете, вдыхая в темноте. Пусть ваши глаза полностью расслабятся, когда они

закрыты. Открыть глаза и поморгать. Каждый раз, открывая глаза, отмечать то, что видите, - все изгибы и формы, линии и углы. Сначала попробуйте замечать только темное, затем - только светлое.

**3. Глазодвигательное упражнение.** То же. И.п. - сидя на полу. И.п. - сидя на полу. То же упражнение выполнять с подключением однонаправленных движений языка (глаза и язык вправо - вдох, пауза, в исходное положение - выдох, пауза, глаза и язык влево - вдох, пауза, в исходное положение - выдох, пауза и т.д.).

**4. Упражнения для развития мелкой моторики рук.**  
И.п. -- сидя на полу. Усложнение - на каждое движение пальцем или рукой ребенок должен вслух произносить "хве".

#### **Упражнение "Лягушка".**

Положить руки на пол (стол). Одна рука сжата в кулак, другая лежит на плоскости стола (ладошка). Одновременно (реципрокно) менять положение рук. Усложнение упражнения состоит в ускорении.

#### **Упражнение на массаж ушных раковин**

Помассировать мочки ушей, затем всю ушную раковину. В конце упражнения растереть уши руками.

**5. Когнитивное упражнение "Визуализация водопада".** И.п. - сидя на полу. Детям предлагается представить водопад. Необходимо рассмотреть высокое голубое небо, яркое солнце, детали горных порогов и огромную лавину воды. При этом тело должно почувствовать прохладу горной воды, тысячи мельчайших брызг на лице и запах свежести.

Уши могут услышать шум падающей воды и стук камней.

**6. Коммуникативное упражнение с правилами "Хвасталки".**  
Дети садятся в круг и начинают рассказывать о своих успехах и достижениях в любой сфере. Обязательное условие упражнения - рассказывать не всей

группе в целом, а одному конкретному человеку, так как для этого требуется больше мужества. Участник упражнения, которому рассказали "хвасталку", должен сказать: "Я рад за тебя!", и поделиться своими достижениями со следующим участником игры.

#### **7. Функциональное упражнение "Шалуны".**

**Цель:** развитие двигательного контроля, элиминация импульсивности. Инструктор 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.

#### **8. Релаксация "Пляж".**

**Цель:** развитие мышечного контроля, элиминация 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.

Таким образом, в ходе нашего эксперимента, мы убедились, что большинство детей правильно воспринимают данные упражнения. Эти упражнения улучшают ритмику организма, развивают самоконтроль и произвольность помогают сосредоточиться. В итоге, это служит

обеспечению регуляции, программирования и контроля психической деятельности, способствует формированию организационных умений и навыков у учащихся младшего школьного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивности.

### 2.3. Эффективность использования программы коррекции нарушений организационных умений и навыков у учащихся младшего школьного возраста с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью

Оценка эффективности проведенной работы проводилась на основе анализа динамики показателей, полученных с использованием тех же методик, что и до проведения работы. Сравнительные результаты по группам представлены в таблицах 10–13 и на рисунках 1–3.

Таблица 10

**Динамика основных показателей (П – первичная диагностика, К -  
контрольная диагностика) (экспериментальная группа, n=23)**

п/п	Имя, Ф.	Методики								
		произвольное внимание («Да - Нет», количество ошибок)			произвольная двигательная активность («Вежливость», количество ошибок)			моторно- двигательное развитие («Обведение контура», количество баллов)		
		П	К	Изм	П	К	Изм	П	К	Изм
1.	Алина М.	3	1	-2	1	0	-1	8	8	0
2.	Альбина Ш.	2	1	-1	1	1	0	7	6	-1
3.	Андрей К.	2	2	0	3	1	-2	8	9	+1
4.	Артур Г.	4	2	-2	3	2	-1	8	8	0
<b>5.</b>	<b>Валя Л. (*)</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>-3</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>-2</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>+3</b>
<b>6.</b>	<b>Ваня Ж. (*)</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>-3</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>-3</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>+2</b>
7.	Вова Д.	5	2	-3	3	1	-2	6	8	+2
8.	Гульнара Г.	4	1	-3	4	2	-2	5	9	+4
9.	Дарья К.	2	1	-1	2	1	-1	8	8	0
10.	Дарья М.	2	0	-2	3	1	-2	9	8	-1
11.	Денис Р.	1	1	0	3	0	-3	8	10	+2
<b>12.</b>	<b>Дима Н. (*)</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>-3</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>-2</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>+4</b>
<b>13.</b>	<b>Дима Р. (*)</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>-3</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>-3</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>+3</b>
14.	Жанна С.	3	1	-2	2	1	-1	8	9	+1



15.	Зарина И.	3	0	-3	3	0	-3	8	10	+2
16.	Катя Н. (*)	5	2	-3	3	0	-3	3	7	+4
17.	Коля Ч. (*)	4	2	-2	3	1	-2	2	9	+7
18.	Наталья А.	6	2	-4	2	1	-1	8	9	+1
19.	Оксана Р.	3	1	-2	2	0	-2	6	8	+2
20.	Полина С.	3	0	-3	2	1	-1	7	9	+2
21.	Регина Ф.	3	1	-2	3	3	0	7	8	+1
22.	Ринат А.	4	2	-2	4	2	-2	8	7	-1
23.	Тимофей Д.	3	1	-2	2	2	0	5	8	+3
Средний показатель		3,70	1,48	-2,22	2,78	1,09	-1,69	6,22	8,0	+1,78

Таблица 11

**Уровневые показатели после проведения коррекционной работы  
(экспериментальная группа, n=23)**

Уровни	Методики								
	произвольное внимание			произвольная двигательная активность			моторнодвигательное развитие		
	П	К	Изм	П	К	Изм	П	К	Изм
Очень высокий	5	20	+15	8	22	+14	0	2	+2
Высокий	14	3	-11	15	1	-14	10	14	+4
Средний	4	0	-4	0	0	0	10	7	-3
Низкий	0	0	0	0	0	0	3	0	-3
Очень низкий	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Как видно из представленных данных, в экспериментальной группе произошло перераспределение уровневых показателей: значительно увеличилось количество учащихся с показателями очень высокого уровня произвольного внимания за счет снижения количества учащихся с показателями высокого и с по критерию произвольной двигательной активности также произошло увеличение количества учащихся с показателями очень высокого уровня за счет снижения количества учащихся с показателями высокого уровня.

По критерию моторно-двигательное развитие произошло увеличение количества учащихся с показателями очень высокого и высокого уровней за

счет снижения количества учащихся с показателями среднего и низкого уровней.

Отсутствие динамики показателей по критерию произвольного внимания фиксируется у 2 человек (8,70% от общей численности экспериментальной группы).

По критерию произвольной двигательной активности отсутствие динамики показателей наблюдается у 3 человек (13,04%).

По критерию моторно-двигательного развития динамики не наблюдается у 3 человек (13,04%), кроме этого у 3 человек (13,04%) фиксируется незначительная отрицательная динамика показателей по данному критерию.

У всех шестерых детей с гиперактивным поведением наблюдается положительная динамика показателей по всем трем критериям.

Так, у Валентина Т. зафиксировано повышение уровня произвольного внимания (со среднего на высокий), произвольной двигательной активности (с высокого на очень высокий) и моторно-двигательного развития (с нижней на верхнюю границу среднего уровня).

У Вани Ж. также зафиксировано повышение уровня произвольного внимания (со среднего на высокий), произвольной двигательной активности (с высокого на очень высокий) и моторно-двигательного развития (повышение в пределах среднего уровня).

У Димы Н. зафиксировано повышение уровня произвольного внимания и произвольной двигательной активности (с высокого на очень высокий), моторно-двигательного развития (с низкого на средний уровень).

У Димы Р. зафиксировано повышение уровня произвольного внимания (со среднего на высокий), произвольной двигательной активности (с высокого

на очень высокий) и моторно-двигательного развития (повышение в пределах среднего уровня).

У Кати Н. зафиксировано повышение уровня произвольного внимания (с высокого на очень высокий), произвольной двигательной активности (с высокого на очень высокий) и моторно-двигательного развития (с низкого на верхнюю границу среднего уровня).

У Коли Ч. зафиксировано повышение уровня произвольного внимания (с высокого на очень высокий), произвольной двигательной активности (с высокого на очень высокий) и моторно-двигательного развития (с низкого на верхнюю границу высокого уровня).

Также положительная динамика по основным исследовательским показателям в экспериментальной группе фиксируется у детей, не относящихся к учащимся с гиперактивным поведением, что свидетельствует о возможности использования разработанной и апробированной нами программы не только для коррекции, но и для профилактики гиперактивного поведения младших школьников.

Таблица 12

**Динамика основных показателей (П – первичная диагностика, К - контрольная диагностика) (контрольная группа n=24)**

п/п	Имя, Ф.	Методики								
		произвольное внимание («Да - Нет», количество ошибок)			произвольная двигательная активность («Вежливость», количество ошибок)			моторно-двигательное развитие («Обведение контура», количество баллов)		
		П	К	Изм	П	К	Изм	П	К	Изм
1.	Игорь З.	4	2	-2	3	3	0	7	9	+2
2.	Ильнур П.	3	2	-1	3	4	+1	6	7	+1
3.	Катя З.	4	3	-1	4	2	-2	8	9	+1
4.	Максим Н.	2	2	0	2	1	-1	8	7	-1
5.	Максим П.	2	2	0	1	2	+1	9	9	0
6.	Марат Б.	3	2	-1	3	2	-1	7	6	-1
7.	Марат Г.	4	3	-1	2	2	0	8	9	+1

8.	Мария Л.	4	2	-2	2	3	+1	10	9	-1
<b>9.</b>	<b>Маша Д. (*)</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>-1</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>-2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>+1</b>
10.	Маша П.	4	4	0	3	1	-2	7	8	+1
11.	Миша В.	3	2	-1	3	0	-3	7	9	+2
12.	Наталья М.	3	2	-1	3	2	-1	8	9	+1
13.	Павел У.	4	2	-2	3	1	-2	7	6	-1
14.	Саша М.	3	3	0	2	1	-1	3	6	+3
<b>15.</b>	<b>Саша П. (*)</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>-1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>+1</b>
<b>16.</b>	<b>Светлана А. (*)</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>-2</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>0</b>
17.	Светлана М.	4	2	-2	3	2	-1	8	9	+1
18.	Светлана Я.	4	3	-1	3	2	-1	7	8	+1
19.	Сергей П.	2	2	0	3	3	0	7	7	0
20.	София В.	2	1	-1	4	2	-2	9	8	-1
21.	Тимофей Ш.	1	2	-1	2	1	-1	6	10	+4
<b>22.</b>	<b>Федя П. (*)</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>-1</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>+1</b>
23.	Юля М.	3	2	-1	1	1	0	7	8	+1
24.	Юля П.	2	2	0	2	1	-1	6	8	+2
Средний показатель		3,46	2,71	-0,75	2,71	1,83	-0,88	6,58	7,38	+0,80

Таблица 13

**Уровневые показатели при контрольном исследовании  
(контрольная группа, n=24)**

Уровни	Методики								
	произвольное внимание			произвольная двигательная активность			моторно-двигательное развитие		
	П	К	Изм	П	К	Изм	П	К	Изм
Очень высокий	6	15	+9	9	20	+11	1	1	0
Высокий	16	8	-8	15	4	-11	7	13	+6
Средний	2	1	-1	0	0	0	12	9	-3
Низкий	0	0	0	0	0	0	4	1	-3
Очень низкий	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Как видно из представленных данных, в контрольной группе также произошло перераспределение уровневых показателей: увеличилось количество учащихся с показателями очень высокого уровня произвольного внимания за счет снижения количества учащихся с показателями высокого и среднего уровней.

По критерию произвольной двигательной активности также произошло увеличение количества учащихся с показателями очень высокого уровня за счет снижения количества учащихся с показателями высокого уровня.

По критерию моторно-двигательное развитие произошло увеличение количества учащихся с показателями высокого уровня за счет снижения количества учащихся с показателями среднего и низкого уровней.

В результате обобщения результатов всех методик, можно сделать вывод об уровне сформированности организационных умений и навыков у учащихся младших классов с синдромом дефицита внимания и гиперактивности.

Так, у Маши Д. зафиксирована незначительная положительная динамика в пределах высокого уровня произвольного внимания, произвольной двигательной активности (с высокого на очень высокий) и моторно-двигательного развития (с верхней границы низкого уровня до нижней границы среднего уровня).

У Саши П. зафиксирована незначительная положительная динамика показателей произвольного внимания (с верхней границы среднего уровня до нижней границы высокого уровня); по показателям произвольной двигательной активности динамики не наблюдается; по показателям моторно-двигательного развития наблюдается незначительная динамика в границах среднего уровня.

У Светланы А. по показателям произвольного внимания и моторнодвигательного развития динамики не наблюдается; по показателям произвольной двигательной активности наблюдается динамика с высокого на очень высокий уровень.

У Феди П. по показателям произвольного внимания динамики не наблюдается; по показателям произвольной двигательной активности наблюдается незначительная динамика с верхней границы высокого уровня до

нижней границы очень высокого уровня; по показателям моторнодвигательного развития наблюдается незначительная динамика с верхней границы низкого уровня до нижней границы среднего уровня.

Также незначительная динамика по основным исследовательским показателям в контрольной группе фиксируется у части детей, не относящихся к учащимся с гиперактивным поведением.

Отсутствие динамики показателей по критерию произвольного внимания фиксируется у 8 человек (33,33% от общей численности контрольной группы).

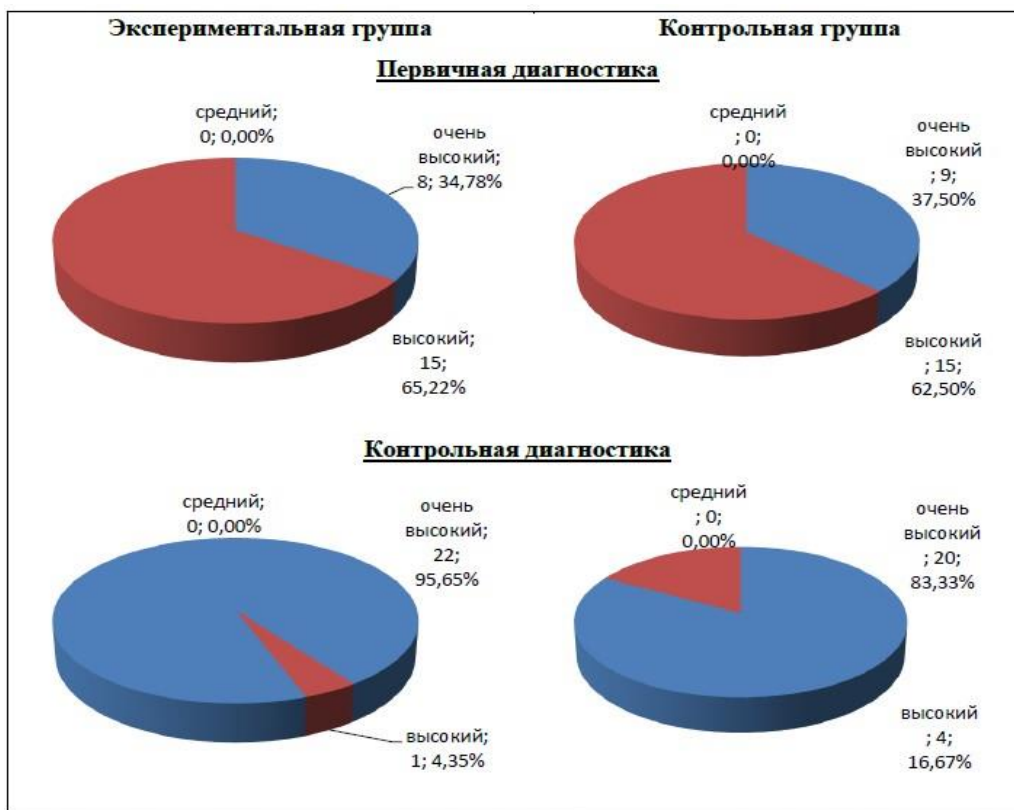
По критерию произвольной двигательной активности – у 5 человек (20,83%),  
кроме этого у 3 человек (12,50%) фиксируется незначительная отрицательная динамика показателей по данному критерию.

По критерию моторно-двигательного развития – у 3 человек (12,50%),  
кроме этого у 5 человек (20,83%) фиксируется незначительная отрицательная динамика показателей по данному критерию.

Перераспределение долей по уровням представлено на рисунках 1–3.



**Рисунок 1. Перераспределение показателей по критерию «произвольное внимание»**



**Рисунок 2. Перераспределение показателей по критерию «произвольная двигательная активность»**



**Рисунок 3. Перераспределение показателей по критерию «моторно-двигательное развитие»**



На основе анализа данных, полученных в результате проведенного эмпирического исследования, можно сделать заключение об эффективности предложенной программы коррекции гиперактивного поведения младших школьников. Данная программа может быть использована учителями, психологам, дефектологами как в коррекционных, так и в профилактических целях.

В результате апробации программы в экспериментальной группе у младших школьников повысились показатели произвольного внимания и произвольной двигательной активности, улучшились показатели моторнодвигательного развития, что может свидетельствовать о повышении уровня сформированности организационных умений и навыков у учащихся младших классов с синдромом дефицита внимания и гиперактивности.

Профилактический потенциал разработанной и апробированной программы выражается в том, что, развивая навыки произвольной деятельности при выполнении заданий и упражнений, входящих в программу, младшие школьники учатся организовывать свою деятельность, точно выполнять полученные задания, направляя свою активность на достижение поставленной цели тем самым формируя организационные умения и навыки.

После апробации коррекционной программы было проведено родительское собрание, на котором родители учащихся младших классов были ознакомлены с результатами проведенного эксперимента, а также с заданиями и упражнениями, выполнение которых в домашних условиях будет способствовать развитию у детей самоорганизации и самоконтроля и профилактике гиперактивности.

## **ВЫВОДЫ ПО ВТОРОЙ ГЛАВЕ**

В ходе практического исследования нами были сделаны следующие выводы и обобщения.

1. В целом, в результате констатирующего эксперимента, было установлено, что учащиеся младшего школьного возраста с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью лучше справляются с заданиями, не требующими развитого пространственного воображения и нагляднообразного мышления, а также достаточной сформированности конструктивного праксиса и зрительно-моторной координации. Значительные трудности вызывают задания, возлагающие нагрузку на произвольное внимание, вербально-логическое мышление, кратковременную и долговременную память, на способность к абстрагированию. Мышление детей предельно конкретно и ситуативно. Кроме того, наиболее типичной для обследованных детей, помимо нарушения функций памяти, внимания и мышления, оказалась недостаточная сформированность функций организации, программирования и контроля психической деятельности.

2. Гиперактивность - это не поведенческая проблема, не результат плохого воспитания, а медицинский и нейропсихологический диагноз, который может быть поставлен только по результатам специальной диагностики. Проблему гиперактивности невозможно решить волевыми усилиями, авторитарными указаниями и убеждениями. Гиперактивный ребенок имеет нейрофизиологические проблемы, справиться с которыми самостоятельно не может. Дисциплинарные меры воздействия в виде постоянных наказаний, замечаний, окриков, нотаций не приведут к улучшению поведения ребенка, а, скорее, ухудшат его. Эффективные результаты коррекции синдрома дефицита внимания и гиперактивности достигаются при оптимальном сочетании медикаментозных и не медикаментозных методов, к которым относятся психологические и нейропсихологические коррекционные программы.

3. Учитывая результаты констатирующего эксперимента, нами были разработана программа по формированию организационных умений и навыков у учащихся младших классов с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью.

4. В ходе апробации данной программы, мы убедились, что большинство детей правильно воспринимают упражнения коррекционной программы. Эти упражнения улучшают ритмику организма, развивают самоконтроль и произвольность помогают сосредоточиться. В итоге это служит обеспечению регуляции, программирования и контроля психической деятельности, способствует формированию организационных умений и навыков у учащихся младшего школьного возраста с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Актуальность проблемы коррекции организационных умений и навыков у учащихся младшего школьного возраста с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью заключается в том, что целенаправленное систематическое проведение с ними комплекса коррекционно-педагогических мероприятий позволяет обеспечить успешность школьной и социальной адаптации.

Магистерская диссертация состоит из двух глав: теоретической и практической.

В первой теоретической главе, на основе психолого-педагогической и методической литературы осуществлен анализ формирования организационных умений и навыков у учащихся младшего школьного возраста с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью.

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) – нервнопсихическое расстройство, часто встречающееся в детском возрасте, которое может сохраняться в подростковом и даже во взрослом возрасте. Гиперактивность часто приводит к ухудшению отношений со сверстниками и с взрослыми, мешает в учебе.

Подводя черту под рассмотрением вопроса причин, можно отметить, что некоторые авторы видят их в своеобразных природно-обусловленных предпосылок развития ребёнка, или индивидуальной вариативности, влиянии врождённых особенностей на развитие ребёнка. Эти данные чаще всего приводятся в работах клиницистов и физиологов. Материал психологических и педагогических исследований позволяет говорить о важности внешних, социальных факторов и, прежде всего, факторе адекватных форм, организации деятельности и общения ребёнка, влиянии нарушения семейных отношений. В

этом контексте гиперактивность рассматривается как сформированный близким взрослыми способ взаимодействия ребёнка с миром.

Проявления СДВГ существенно затрудняют детям процесс общения с окружающими, а также следование правилам поведения, принятым в школе, негативно влияют на формирование организационных умений и навыков.

Под организационными умениями и навыками учащихся младших классов с СДВГ – мы понимаем неспособность ребенка организовывать какую-либо деятельность, выполнять разнообразные задачи — планировать, анализировать, ожидать, действовать по плану. У гиперактивных детей вследствие их выделенных особенностей: дефицита активного внимания, двигательной расторможенности, импульсивности – эти навыки и умения слабо развиты.

Основными направлениями работы с гиперактивными детьми относятся медикаментозная терапия, поведенческая психотерапия, перевод ребенка на специальное обучение, физическая реабилитация.

Гиперактивность - это не поведенческая проблема, не результат плохого воспитания, а медицинский и нейропсихологический диагноз, который может быть поставлен только по результатам специальной диагностики. Проблему гиперактивности невозможно решить волевыми усилиями, авторитарными указаниями и убеждениями. Гиперактивный ребенок имеет нейрофизиологические проблемы, справиться с которыми самостоятельно не может. Дисциплинарные меры воздействия в виде постоянных наказаний, замечаний, окриков, нотаций не приведут к улучшению поведения ребенка, а, скорее, ухудшат его. Эффективные результаты коррекции синдрома дефицита внимания и гиперактивности достигаются при оптимальном сочетании медикаментозных и не медикаментозных методов, к которым относятся психологические и нейропсихологические коррекционные программы.

Во второй главе магистерской диссертации нами проведено экспериментальное исследование сформированности организационных умений и навыков у учащихся младшего школьного возраста с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью. Базой исследования послужило МОУ «СОШ № 31» г. Магнитогорска, всего в исследовании приняли участие 49 детей – учащихся 3-х классов, 21 мальчик и 28 девочек. Экспериментальную группу составили 23 учащихся (из них 6 с гиперактивным поведением), 12 девочек и 11 мальчиков; контрольную – 24 учащихся (из них 4 с гиперактивным поведением), 11 девочек и 13 мальчиков.

Для оценки степени сформированности организационных умений и навыков у учащихся младшего школьного возраста с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью нами были применены следующие методики: методика «Да и Нет» (автор Н.И. Гуткина); методика «Вежливость» (автор Н.И. Гуткина); методика «Обведение контура».

Исследование, осуществлялось в следующей последовательности:

1) Констатирующий этап - изучение сформированности организационных умений и навыков у учащихся младшего школьного возраста с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью.

2) Формирующий этап – разработка и внедрение программы по формированию организационных умений и навыков у учащихся младших классов с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью.

3) Контрольный этап – предполагает сравнение данных, свидетельствующих о результатах коррекционно-педагогической работы по формированию организационных умений и навыков у учащихся младшего школьного возраста с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью.

Результаты, полученные в ходе констатирующего эксперимента, свидетельствуют о том, что учащиеся младшего школьного возраста с СДВГ лучше справляются с заданиями, не требующими развитого пространственного воображения и наглядно-образного мышления, а также достаточной сформированности конструктивного праксиса и зрительно-моторной координации. Значительные трудности вызывают задания, возлагающие нагрузку на произвольное внимание, вербально-логическое мышление, кратковременную и долговременную память, на способность к абстрагированию. Мышление детей предельно конкретно и ситуативно. Кроме того, наиболее типичной для обследованных детей, помимо нарушения функций памяти, внимания и мышления, оказалась недостаточная сформированность функций организации, программирования и контроля психической деятельности. Учитывая результаты констатирующего эксперимента, нами были разработана программа по снижению проявлений гиперактивности включающая 10 занятий.

Занятия для детей с СДВГ проводят один-два раза в неделю на протяжении семи-девяти месяцев. В дальнейшем полученные навыки закрепляются в домашних условиях. Необходимость длительности цикла обусловлена тем, что работа церебральных блоков осуществляется заново и происходит исправление сформировавшихся аномальных взаимодействий систем мозга.

Все занятия, проходят с применением нейропсихологических коррекционных методик и направлены на развитие определенных функций, так как у большинства младших школьников с СДВГ в анамнезе выявлено наличие ММД.

Методологическую основу программы нейропсихологической коррекции представляют: учение А.Р. Лурии о закономерностях развития и иерархическом строении мозговой организации высших психических функций

(нейропсихологическая петля развития), возможности «Методики замещающего онтогенеза» Б.А. Архипова и А.В. Семенович, упражнения из «психогимнастики мозга» П. Деннисона. Методика построена как трехблочная система, ориентирована на особенности и этапы морфофункционального созревания головного мозга ребенка.

Первый блок является энергетическим. Он отвечает за поддержание тонуса, который необходим для нормальной работы подкорково-корковых полушарий головного мозга.

Для гармонизации нейродинамического обеспечения деятельности используют ряд упражнений, направленных на активизацию подкорковых образований головного мозга. К ним относятся:

- дыхательные упражнения и растяжки;
- различные виды массажа и самомассажа (весьма эффективен пальцев рук и ушных раковин);
- телесные упражнения и техники релаксации; □ глазодвигательные упражнения.

Второй блок осуществляет прием, переработку и хранение сенсорной информации. Структуры головного мозга, отвечающие за деятельность данного блока, находятся в задних отделах полушарий мозга. Каждая область отвечает за определенный тип информации (височная — слуховую, затылочная — зрительную, теменная — общечувствительную).

Второй блок включает в себя три надстроенные друг над другом корковые зоны. Вначале, первичные зоны осуществляют прием нервных импульсов. Затем вторичные зоны обрабатывают полученную информацию. Третичные зоны осуществляют логические и грамматические операции, которые требуют участия абстрактного мышления и отвечают за человеческую память.



Для оптимизации данного блока используют упражнения, направленные на:

- улучшение свойств памяти, внимания;
- формирование пространственных представлений и отношений; □ развитие ловкости и плавности произвольных движений.

Третий блок отвечает за программирование, регуляцию и контроль деятельности. Он находится в передних отделах больших полушарий. Эти отделы организуют сознательную и активную деятельность. У детей с СДВГ процессы не сбалансированы, поэтому рекомендовано применение:

- ролевых игр;
- коммуникативных упражнений с вербальное и невербальное акцентирование;
- упражнений, направленные на повышение саморегуляции, вариативности и рациональности поведения.

В ходе апробации данной программы, мы убедились, что большинство детей правильно воспринимают упражнения коррекционной программы. Эти упражнения улучшают ритмику организма, развивают самоконтроль и произвольность помогают сосредоточиться. В итоге, это служит обеспечению регуляции, программирования и контроля психической деятельности, способствует формированию организационных умений и навыков у учащихся младшего школьного возраста с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью.

В результате апробации программы в экспериментальной группе у младших школьников повысились показатели произвольного внимания и произвольной двигательной активности, улучшились показатели моторнодвигательного развития, что может свидетельствовать о повышении

уровня сформированности организационных умений и навыков у учащихся младших классов с синдромом дефицита внимания и гиперактивности.

Сравнительный анализ результатов констатирующего и контрольного этапов экспериментальной работы, показал, что уровень сформированности организационных умений и навыков у учащихся младшего школьного возраста с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью стал выше, чем на начало эксперимента.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что занятия, проведенные в рамках формирующего эксперимента, привели к положительным результатам в формировании организационных умений и навыков у учащихся младшего школьного возраста с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алифанова, Л.А. Роль двигательной активности на уроке / Л.А. Алифанова // Школьные технологии. - 2004. - № 5. - С. 155-162.
2. Барановская, Т.А. Формирование самоконтроля в учебной деятельности студентов: Автореф.дис. ... канд.психол.наук.М.,1990.-16с.
3. Божович, Л.И. Проблемы формирования личности: избранные психологические труды / Л.И. Божович. – М.: Ин-т практической психологии; Воронеж: МОДЭК, 1995. - 352 с.
4. Брызгунов И.П., Касатикова Е.В. Дефицит внимания с гиперактивностью у детей. - М.: Медпрактика, 2002
5. Брылева, О.А. Психолого-педагогическая коррекция детей и подростков: учебно-методическое пособие / О.А. Брылева, О.А. Скорлупина. - Барнаул: АлтГПА, 2012. - 201 с.

6. Букатов, В. О мастерстве профессионально-педагогической самоактуализации: как учителю на уроке детскую гиперреактивность, строптивость и негативизм укрощать / В. Букатов // Школьный психолог - Первое сентября. - 2014. - № 1. - С. 30-33; - №2. – С.45-47; - №3. – С.41-43.
7. Букеев О.Т. Гиперактивный ребенок: опыт педагогической коррекции / О.Т. Букеев. – СПб.: Питер, 1998. – 165 с.
8. Бутакова Л.А., Смирнова Л.Н. Развитие произвольного внимания младших школьников // Инновации в начальной школе: Материалы научно-практической конференции. 24-25 сент. 2002г. – М.: МГИПКПК, 2002. – 144с.
9. Выготский, Л.С. Собрание сочинений: в 6 т. Т. 3: Проблемы развития психики / Л.С. Выготский. – М.: Педагогика, 1983. - 367 с.
10. Гаспарова Е.М. «Шустрики» и «Мямлики» // Дошкольное воспитание.-1990.-№ 4.- С.90-98.
11. Гиперактивные дети: коррекция психомоторного развития / ред. М. Пассольт. – М.: Академия, 2004. - 160 с.
12. Джинотт, Х.Д. Групповая психотерапия с детьми: теория и практика игровой терапии: пер. с англ./ Х.Д. Джинотт. – М: Апрель Пресс: ЭКСМО-Пресс, 2001. - 272 с.:
13. Добсон А. Непослушный ребенок. – «Пенаты», «Т-Око», 1992,- С.131-149.
14. Заваденко, Н.Н. Гиперактивность с дефицитом внимания: факторы риска, возрастная динамика, особенности диагностики /

- Н.Н. Заваденко, Н.Ю. Суворинва, М.В. Румянцева // Дефектология. - 2003. - № 6. - С. 13-20.
15. Заваденко, Н.Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте. – М.: Академия, 2005. – 256с.
  16. Запорожец, А.В. Психология действия: избранные психологические труды / А.В. Запорожец. – М.: МПСИ, 2000. - 736 с.
  17. Запятая, О.В. Диагностика сформированности коммуникативных учебных действий у младших школьников / О.В. Запятая. - Волгоград: Учитель, 2013. - 49 с.
  18. Захаров, А.И., Как предупредить отклонения в поведении ребенка [Текст]/ А.И. Захаров - М., 1980.-157с.
  19. Зимняя, И.А. Педагогическая психология: учеб. для студ. вузов / И.А. Зимняя. – М.: Логос, 2007. - 384 с.
  20. Еремеева В.Д.. Типы латеральности у детей и нейрофизиологические основы индивидуальной обучаемости //Вопросы психологии.-1990 №1-С.128-134.
  21. Истратова, О.Н. Психологическое тестирование детей от рождения до 10 лет / О.Н. Истратова. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2011. - 317 с.
  22. Казаков С.Е. Особенности клиники неврозов у леворуких детей: Автореф.дис....канд.мед.наук.-М.,1987-20с.
  23. Кащенко, В.П. Педагогическая коррекция: исправление недостатков характера у детей и подростков / В.П. Кащенко. – М.: Академия, 2010. - 304с.
  24. Клиническая типология синдрома дефицита внимания с гиперактивностью / Л.С. Чутко и др. // Экология человека. - 2010. - № 11. - С. 58-60.

25. Красов В.А. Гипердинамический синдром у детей младшего школьного возраста: Автореф. дис. ... канд.мед.наук.- М., 1989-20с.
26. Кэмпбелл, Р. Как на самом деле любить детей; Не только любовь / Р. Кэмпбелл; М.В. Масимов. – М.: Знание, 1992. - 190 с.
27. Кухтерина, Г.В. Психолого-педагогическая диагностика младших школьников / Г.В. Кухтерина, Е.А. Кукуев - Тюмень: Изд-во ТюмГУ, 2014. - 180 с.
28. Леонтьев, А.Н. Проблемы развития психики / А.Н. Леонтьев. - 4-е изд. – М.: Изд-во МГУ, 1981. - 584 с.
29. Лютова, Е.К. Тренинг эффективного взаимодействия с детьми / Е.К. Лютова, Г.Б. Моница. – СПб.: Речь, 2001. - 190 с.
30. Маланцева, О. Младшие школьники с синдромом «дефицита внимания и гиперактивности». Приемы проведения уроков / О. Маланцева // Социальная педагогика. - 2008. - № 1. - С. 73-76.
31. Моница, Г.Б. Гиперактивные дети, психолого-педагогическая помощь. – М.: Прогресс, 2007. – 237 с.
32. Мурашова, Е. Гиперактивный школьник: какой он и что его ждет? / Е. Мурашова // Педагогическая техника. - 2010. - № 4. - С. 54-60.
33. Мухина, В.С. Возрастная психология: феноменология развития, детство, отрочество / В.С. Мухина. – М.: Академия, 2003. – 456 с
34. Мухина, В.С. Детская психология / В.С. Мухина. - М.: Просвещение, 1985. - 272 с.
35. Окленд, В. Окна в мир ребенка: Руководство по детской психологии /В. Окленд. - М.: Независимая фирма «Класс», 2000. - 336 с.

36. Осипова, А.А. Общая психокоррекция / А.А. Осипова. – М.: Сфера, 2005. - 512 с.
37. Особенности психического развития детей 6-7 летнего возраста / Под ред. Д.Б. Эльконина, А.Л. Венгера. – М.: Педагогика, 1988. - 135 с.
38. Петрунec В., Таран Л.Н. «Колыбель неврозov». (заметки врачей – психоневрологов). – М: Знание, 1988-190с.
39. Профилактика детской агрессивности: теоретические основы, диагностические методы, коррекционная работа / авт.-сост. М.Ю. Михайлина. - Волгоград: Учитель, 2014. - 116 с.
40. Психопатология детского возраста: хрестоматия / Сост.: А.Ю. Егоров, Е.С. Иванов, Д.Н. Исаев. – СПб.: Дидактика Плюс, 2002. - 368 с.
41. Психология семейных отношений / ред. О. А. Шаграева, А. М. Сергеев. – М.: Академия, 2008. - 368 с.
42. Раттер, М. Помощь трудным детям / М. Раттер; ред. А.С. Спиваковская. – М.: Прогресс, 1987. - 424 с.
43. Самыгин, С.И. Психология и педагогика / С.И. Самыгин, Л.Д. Столяренко. – М.: КноРус, 2012. - 480 с.
44. Сапогова В.Д. Шестилетний ребенок: Вопросы и ответы.- Тула: Приокс.кн. изд.-во, 1992.-206с.
45. Сапогова, Е.Е. Психология развития человека / Е.Е. Сапогова. – М.: Аспект-Пресс, 2001. - 460 с.
46. Семейная психотерапия / сост.: Э.Г. Эдемиллер, Н.В. Александрова, В. Юстицкис. – СПб.: ПИТЕР, 2000. - 512 с.

47. Семенович А.В. С 302 Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза: Учебное пособие. — М.: Генезис, 2007. — 474
48. Столяренко, Л.Д. Психология / Л.Д. Столяренко. – СПб.: Питер, 2010. - 592 с.
49. Фатихова, Л. Использование игр с предметами при работе с гиперактивными детьми / Л. Фатихова // Дошкольное воспитание. - 2014. - № 8. - С. 94-98.
50. Филиппова, Т. Болезнь или норма? Выявление признаков СДВГ методом анкетирования / Т. Филиппова // Школьный психолог - Первое сентября. - 2014. - № 2. - С. 24-26.
51. Фомина, А.Н. Педагогическая психология / А.Н. Фомина, Т.Л. Шабанова. – М.: Флинта, 2011. - 320 с.
52. Хон, Р.Л. Педагогическая психология: принципы обучения / Р.Л. Хон. – М.: Академический Проект, 2005. - 736 с
53. Хухлаева, О.В. Основы психологического консультирования и психологической коррекции / О.В. Хухлаева. – М.: Академия, 2011. - 208 с.
54. Чутко, Н.Я. Развитие памяти школьников на материале изучения истории / Н.Я. Чутко. – М.: Педагогика, 1982. - 97 с.
55. Шевченко, Ю.С.. Коррекция поведения детей с гиперактивностью и психопатоподобным синдромом / Ю.С. Шевченко. - М.: Вита-Пресс, 1997. - 48 с.
56. Шустова, О.А. Игра как форма коррекционной работы при обучении и воспитании старших дошкольников с синдромом дефицита внимания и гиперактивности в дошкольном

- образовательном учреждении / О.А. Шустова // Школьный логопед.  
- 2014. - № 1. - С. 21-23.
57. Эльконин, Д.Б. Детская психология / Д.Б. Эльконин. – М.: Академия, 2004. - 384 с.
58. Эльконин, Д.Б. Психология игры / Д.Б. Эльконин. – М.: ВЛАДОС, 1999. - 360 с.
59. Ясюкова, Л.А. Изучение адаптации и развитие младших школьников / Л. А. Ясюкова // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 6, Философия, политология, социология, психология, право, международные отношения. - 2004. - Вып. 3. - С. 83-90.



## ПРИЛОЖЕНИЯ

*Вспомни как зовут детей?*

**"Найди отличие"** (Лютова Е.К., Моница Г.Б.)

**Цель:** развитие умения концентрировать внимание на деталях.

Ребенок рисует любую несложную картинку ( котик, домик и др) и передает ее взрослому, а сам отворачивается.

Взрослый дорисовывает несколько деталей и возвращает картинку. Ребенок должен заметить, что изменилось в рисунке. Затем взрослый и ребенок могут поменяться ролями.

Игру можно проводить и с группой детей. В этом случае дети по очереди рисуют на доске какой-либо рисунок и отворачиваются (при этом возможность движения не ограничивается). Взрослый дорисовывает несколько деталей. Дети, взглянув на рисунок, должны сказать, какие изменения произошли.

**"Гвалт»** (Коротаева Е.В.)

**Цель:** развитие концентрации внимания.

Один из участников (по желанию) становится водящим и выходит за дверь.

Группа выбирает какую-либо фразу или строчку из известной всем песни, которую распределяют так: каждому участнику по одному слову. Затем входит водящий, и игроки все одновременно, хором, начинают громко повторять каждый свое слово. Водящий должен догадаться, что это за песня, собрав ее по словечку.

Желательно, чтобы до того как войдет водящий, каждый ребенок повторил вслух доставшееся ему слово.

**"Говори!"** (Лютова Е.К., Моница Г.Б.)

**Цель:** развитие умения контролировать импульсивные действия.

Скажите детям следующее. "Ребята, я буду задавать вам простые и сложные вопросы. Но отвечать на них можно будет только тогда, когда я дам команду: "Говори!" Давайте потренируемся: "Какое сейчас время года?"

### **"Разговор с руками» (Шевцова И.В.)**

**Цель:** научить детей контролировать свои действия. Если ребенок подрался, что -то сломал или причинил кому-нибудь боль, можно предложить ему такую игру: обвести на листе бумаги силуэт ладоней.

Затем предложите ему оживить ладошки - нарисовать им глазки, ротик, раскрасить цветными карандашами пальчики. После этого можно затеять беседу с руками.

Спросите: "Кто вы, как вас зовут?", "Что вы любите делать?", "Чего не любите?", "Какие вы?".

Если ребенок не подключается к разговору, проговорите диалог сами. При этом важно подчеркнуть, что руки хорошие, они многое умеют делать (перечислите, что именно), но иногда не слушаются своего хозяина.

Закончить игру нужно "заключением договора" между руками и их хозяином. Пусть руки пообещают, что в течение 2-3 дней (сегодняшнего вечера или, в случае работы с гиперактивными детьми, еще более короткого промежутка времени) они постараются делать только хорошие дела: мастерить, здороваться, играть и не будут никого обижать.

Если ребенок согласится на такие условия, то через заранее оговоренный промежуток времени необходимо снова поиграть в эту игру и заключить договор на более длительный срок, похвалив послушные руки и их хозяина.

### **"Запрещенное движение" (Кряжева Н.Л.)**

**Цель:** игра с четкими правилами организует, дисциплинирует детей, сплачивает играющих, развивает быстроту реакции и вызывает здоровый эмоциональный подъем.

Дети стоят лицом к ведущему. Под музыку с началом каждого такта они повторяют движения, которые показывает ведущий. Затем выбирается одно движение, которое нельзя будет выполнять. Тот, кто повторит запрещенное движение, выходит из игры. Вместо показа движения можно называть вслух цифры. Участники игры повторяют хором все цифры, кроме одной, запрещенной, например, цифры "пять"-. Когда дети ее услышат, они должны будут хлопнуть в ладоши (или покружиться на месте).

### **"Личный подвиг"**

Несдержанному, импульсивному ребенку дается индивидуальное задание - подняв для ответа руку, самому ее опустить и обдумать то, что хочешь сказать, вновь поднять руку, опять ее опустить и обсудить предполагаемый ответ с соседом. Только после этого вновь поднять руку.

### ***Тренировка сразу двух функций***

Проведя работу по развитию одной функции и получив положительные результаты, можно переходить к тренировке сразу двух функций. Например, через игру могут тренироваться внимание и контроль импульсивности или внимание и контроль двигательной активности.

Когда у гиперактивного ребенка появляется опыт участия в коллективных играх на развитие сразу двух функций, можно постепенно начать заниматься с ним более сложными игровыми формами, предполагающими развитие сразу всех функций в одной и той же игре.

### **"Слушай хлопки" (Чистякова М.И.)**

**Цель:** тренировка внимания и контроль двигательной активности.

Все идут по кругу или передвигаются по комнате в свободном направлении. Когда ведущий хлопнет в ладоши один раз, дети должны

остановиться и принять позу "аиста" (стоять на одной ноге, руки в стороны) или какую-либо другую позу. Если ведущий хлопнет два раза, играющие должны принять позу "лягушки" (присесть, пятки вместе, носки и колени в стороны, руки между ступнями ног на полу). На три хлопка играющие возобновляют ходьбу.

### **"Кричалки-шепталки-молчалки" (Шевцова И.В.)**

**Цель:** развитие наблюдательности, умения действовать по правилу, контроль двигательной активности.

Из разноцветного картона надо сделать 3 силуэта ладони: красный, желтый, синий. Это - сигналы.

Когда взрослый поднимает красную ладонь - "кричалку" - можно бегать, кричать, сильно шуметь; желтая ладонь - "шепталка" - можно тихо передвигаться и шептаться, на сигнал "молчалка" - синяя ладонь - дети должны замереть на месте или лечь на пол и не шевелиться.

Заканчивать игру следует "молчалками".

### **"Слалом-гигант"**

*(Развитие внимания и контроль двигательной активности).*

Из стульев делаются две параллельные "трассы" слалом, которые соревнующиеся команды должны преодолеть, двигаясь в оба конца вперед спиной. Тот, кто, лавируя между стульями, заденет один из них, возвращается на старт для повторной попытки. Побеждает команда, первой прошедшая трассу без ошибок.

### **"Мяч в круге"**

Стоя в круге, участники перебрасывают друг другу 1, 2, 3 и более мячей, сигнализируя о своих намерениях без помощи слов. Выбывает тот, чей брошенный мяч не был пойман.

## **"Скамья запасных"**

### ***Контроль импульсов и двигательной активности.***

Выбывший из какой-либо игры должен сидеть на стуле до ее окончания. Если он встанет со стула или будет вертеться, на всю команду налагается штрафное очко или засчитывается поражение.

## **"Скалолазы"**

### ***(Концентрация внимания, контроль импульсивных движений).***

Участники должны пройти вдоль свободной стены, прислоняясь к ней раз за разом минимум тремя конечностями. Кто оторвал или передвинул одновременно две конечности, считается "сорвавшимся" и возвращается на старт. Побеждает команда, первая всем составом добравшаяся до противоположного угла.

## **"Морские волны" (Лютова Е.К., Монина Г. Б.)**

**Цель:** научить детей переключать внимание с одного вида деятельности на другой, способствовать снижению мышечного напряжения. По сигналу педагога "Штиль" все дети в классе "замирают". По сигналу "Волны" дети по очереди встают за своими партами. Сначала встают ученики, сидящие за первыми партами. Через 2-3 секунды поднимаются те, кто сидит за вторыми партами и т.д.

Как только очередь доходит до обитателей последних парт, они встают и все вместе хлопают в ладоши, после чего дети, вставшие первыми (за первыми партами), садятся и т.д.

По сигналу учителя "Шторм" характер действий и последовательность их выполнения повторяется, с той лишь разницей, что дети не ждут 2-3 секунды, а встают друг за другом сразу. Закончить игру надо командой "Штиль".

## **"Ловим комаров" (Лютова Е.К., Монина Г.Б.)**

**Цель:** снять мышечное напряжение с кистей рук, дать возможность гиперактивным детям подвигаться в свободном ритме и темпе.

Скажите детям: "Давайте представим, что наступило лето, я открыла форточку и к нам в класс (группу) налетело много комаров. По команде "Начали!" вы будете ловить комаров. Вот так!"

Педагог в медленном или среднем темпе делает хаотичные движения в воздухе, сжимая и разжимая при этом кулаки. То поочередно, то одновременно. Каждый ребенок будет "ловить комаров" в своем темпе и в своем ритме, не задевая тех, кто сидит рядом. По команде "Стой!" вы садитесь вот так: педагог показывает, как надо сесть (на свое усмотрение). Готовы? "Начали!"... "Стоп!" Хорошо потрудились. Устали. Опустите расслабленные ноги вниз, встряхните несколько раз ладонями. Пусть руки отдыхают. А теперь - снова за работу!"

### **Практические рекомендации родителям гиперактивного ребенка.**

*В домашней программе коррекции детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности должен преобладать поведенческий аспект:*

#### **1. Изменение поведения взрослого и его отношения к ребенку:**

- проявляйте достаточно твердости и последовательности в воспитании;
- помните, что чрезмерная болтливость, подвижность и недисциплинированность не являются умышленными;
- контролируйте поведение ребенка, не навязывая ему жестких правил;
- не давайте ребенку категорических указаний, избегайте слов "нет" и "нельзя";
- стройте взаимоотношения с ребенком на взаимопонимании и доверии;

- избегайте, с одной стороны, чрезмерной мягкости, а с другой - завышенных требований к ребенку;
- реагируйте на действия ребенка неожиданным способом (пошутите, повторите действия ребенка, сфотографируйте его, оставьте в комнате одного и т. д.);
- повторяйте свою просьбу одними и теми же словами много раз;
- не настаивайте на том, чтобы ребенок обязательно принес извинения за проступок;
- выслушивайте то, что хочет сказать ребенок;
- для подкрепления устных инструкций используйте зрительную стимуляцию.

## **2. Изменение психологического микроклимата в семье:**

- уделяйте ребенку достаточно внимания;
- проводите досуг всей семьей;
- не допускайте ссор в присутствии ребенка.

## **3. Организация режима дня и места для занятий:**

- установите твердый распорядок дня для ребенка и всех членов семьи;
- чаще показывайте ребенку, как лучше выполнить задание, не отвлекаясь;
- снижайте влияние отвлекающих факторов во время выполнения ребенком задания;
- оградите гиперактивных детей от длительных занятий на компьютере и просмотра телевизионных передач;
- избегайте по возможности больших скоплений людей;
- помните, что переутомление способствует снижению самоконтроля и нарастанию гиперактивности;

- организуйте поддерживающие группы, состоящие из родителей, имеющих детей с аналогичными проблемами.

#### **4. Специальная поведенческая программа:**

- придумайте гибкую систему вознаграждений за хорошо выполненное задание и наказаний за плохое поведение. Можно использовать балльную или знаковую систему, завести дневник самоконтроля;
- не прибегайте к физическому наказанию! Если есть необходимость прибегнуть к наказанию, то целесообразно использовать спокойное сидение в определенном месте после совершения поступка;
- чаще хвалите ребенка. Порог чувствительности к отрицательным стимулам очень низок, поэтому гиперактивные дети не воспринимают выговоры и наказания, однако чувствительны к поощрениям;
- составьте список обязанностей ребенка и повесьте его на стену, подпишите соглашение на определенные виды работ;
- воспитывайте в детях навыки управления гневом и агрессией;
- не старайтесь предотвратить последствия забывчивости ребенка;
- постепенно расширяйте обязанности, предварительно обсудив их с ребенком;
- не разрешайте откладывать выполнение задания на другое время;
- не давайте ребенку поручений, не соответствующих его уровню развития, возрасту и способностям;
- помогайте ребенку приступить к выполнению задания, так как это самый трудный этап;



- не давайте одновременно несколько указаний. Задание, которое дается ребенку с нарушенным вниманием, не должно иметь сложную конструкцию и состоять из нескольких звеньев;
- объясните гиперактивному ребенку о его проблемах и научите с ними справляться.

*Помните, что вербальные средства убеждения, призывы, беседы редко оказываются результативными, так как гиперактивный ребенок еще не готов к такой форме работы.*

*Помните, что для ребенка с синдромом дефицита внимания и гиперактивности наиболее действенными будут средства убеждения "через тело":*

- лишение удовольствия, лакомства, привилегий;
- запрет на приятную деятельность, телефонные разговоры;
- прием "выключенного времени" (изоляция, угол, скамья штрафников, домашний арест, досрочное отправление в постель);
- чернильная точка на запястье ребенка ("черная метка"), которая может быть обменена на 10-минутное сидение на "скамейке штрафников";
- холдинг, или простое удержание в "железных объ-ятиях"; □ внеочередное дежурство по кухне и т.д.

Не спешите вмешиваться в действия гиперактивного ребенка директивными указаниями, запретами и выговорами. Ю.С. Шевченко приводит следующие примеры:

1) если родителей младшего школьника тревожит то, что каждое утро их ребенок неохотно просыпается, медленно одевается и не торопится в школу, то не стоит давать ему бесконечные словесные инструкции, торопить и ругать. Можно предоставить ему возможность получить "урок жизни".

Опоздав в школу по-настоящему и приобретя опыт объяснений с учительницей и директором школы, ребенок будет более ответственно относиться к утренним сборам;

2) если 12-летний ребенок разбил футбольным мячом стекло соседу, то не стоит торопиться брать на себя ответственность за решение проблемы. Пусть ребенок сам объяснится с соседом и предложит искупить свою вину, например ежедневным мытьем его автомобиля в течение недели. В следующий раз, выбирая место для игры в футбол, ребенок будет знать, что ответственность за принятое им решение несет только он сам;

3) если в семье исчезли деньги, не стоит бесполезно требовать признания в воровстве. Следует убирать деньги и не оставлять их в качестве провокации. А семья будет вынуждена лишиться себя лакомств, развлечений и обещанных покупок, это обязательно окажет свое воспитательное воздействие.

4) если ребенок забросил свою вещь и не может ее найти, то не стоит бросаться ему на помощь. Пусть ищет. В следующий раз он более ответственно будет относиться к своим вещам.

Помните, что вслед за понесенным наказанием необходимо позитивное эмоциональное подкрепление, знаки "принятия". В коррекции поведения ребенка большую роль играет методика "позитивной модели", заключающаяся в постоянном поощрении желательного поведения ребенка и игнорировании нежелательного. Необходимым условием успеха является понимание проблем своего ребенка родителями.

Помните, что невозможно добиться исчезновения гиперактивности, импульсивности и невнимательности за несколько месяцев и даже за несколько лет. Признаки гиперактивности исчезают по мере взросления, а импульсивность и дефицит внимания могут сохраняться и во взрослой жизни.

Помните, что синдром дефицита внимания и гиперактивности - это патология, требующая своевременной диагностики и комплексной коррекции: психологической, медицинской, педагогической. Успешная реабилитация возможна при условии, если она проводится в возрасте 5- 6 лет.

### **Практические рекомендации учителям гиперактивного ребенка.**

*Школьная программа коррекции гиперактивных детей должна опираться на когнитивную коррекцию, чтобы помочь детям справиться с трудностями в обучении:*

#### **1. Изменение окружения:**

- изучите нейропсихологические особенности детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности;
- работу с гиперактивным ребенком стройте индивидуально. Гиперактивный ребенок всегда должен находиться перед глазами учителя, в центре класса, прямо у доски;
- оптимальное место в классе для гиперактивного ребенка - первая парта напротив стола учителя или в среднем ряду.
- измените режим урока с включением физкультминуток;
- разрешайте гиперактивному ребенку через каждые 20 минут вставать и ходить в конце класса;
- предоставьте ребенку возможность быстро обращаться к вам за помощью в случае затруднения;
- направляйте энергию гиперактивных детей в полезное русло: вымыть доску, раздать тетради и т. д.

#### **2. Создание положительной мотивации на успех:**

- введите знаковую систему оценивания;
- чаще хвалите ребенка;
- расписание уроков должно быть постоянным;

- избегайте завышенных или заниженных требований к ученику с СДВГ;
- вводите проблемное обучение;
- используйте на уроке элементы игры и соревнования;
- давайте задания в соответствии со способностями ребенка;
- большие задания разбивайте на последовательные части, контролируя каждое из них;
- создавайте ситуации, в которых гиперактивный ребенок может показать свои сильные стороны и стать экспертом в классе по некоторым областям знаний;
- научите ребенка компенсировать нарушенные функции за счет сохранных;
- игнорируйте негативные поступки и поощряйте позитивные;
- стройте процесс обучения на положительных эмоциях;
- помните, что с ребенком необходимо договариваться, а не стараться сломить его!

### **3. Коррекция негативных форм поведения:**

- способствуйте элиминации агрессии;
  - обучайте необходимым социальным нормам и навыкам общения;
- регулируйте его взаимоотношения с одноклассниками.

### **4. Регулирование ожиданий:**

- объясняйте родителям и окружающим, что положительные изменения наступят не так быстро, как хотелось бы;
- объясняйте родителям и окружающим, что улучшение состояния ребенка зависит не только от специального лечения и коррекции, но и от спокойного и последовательного отношения.