



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

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

**Коррекция нарушений познавательной деятельности младших
школьников с синдромом дефицита внимания и гиперактивности**


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

Проверка на объем заимствований:
78,96% авторского текста

Работа рекомендована к защите
«26» января 2023 г.
Зав. кафедрой ПППО и ПМ


Корнеева Н.Ю.

Выполнил:
Студент группы ЗФ-309-170-2-2
Кулмагамбетова Зарина Ерликовна


Научный руководитель:
к.п.н., доцент
Лапчинская И.В.



Челябинск
2023

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ	9
1.1 Синдром дефицита внимания и гиперактивности как психолого- педагогическая проблема	9
1.2 Психолого-педагогическая характеристика детей младшего школьного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью	25
1.3 Методы коррекции поведения детей младшего школьного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью	36
Выводы по первой главе.....	52
ГЛАВА 2 ОПЫТНО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ РАБОТА ПО КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ	55
2.1 Анализ сформированности познавательной деятельности первоклассников с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью	55
2.2 Методика коррекции нарушений познавательной деятельности первоклассников с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью	66
2.3 Эффективность использования методики коррекции нарушений познавательной деятельности первоклассников с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью	81
Выводы по второй главе.....	85
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	88
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	92
ПРИЛОЖЕНИЕ	97

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. Синдром гиперактивности и дефицита внимания в наше время является самым распространенным расстройством развития в детском возрасте. Всемирная ассоциация детской и подростковой психиатрии и смежных профессий (IACAPAP) признала синдром дефицита внимания и гиперактивности проблемой номер один в сфере охраны здоровья детей.

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

Согласно данным различных эпидемиологических исследований, частота встречаемости этого синдрома варьируется от 3 до 28%. 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.

Появилась острая необходимость разработки новых методологических подходов и практических средств, призванных повысить эффективность воспитания и обучения детей с синдромом гиперактивности. Диагностика свойств внимания и поведенческих характеристик таких детей чрезвычайно затруднена в силу особенностей их психического, моторно-двигательного, речевого развития, а также

социальных предпосылок, не благоприятствующих адекватному формированию ребенка.

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

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

– необходимостью целенаправленной работы по коррекции нарушений познавательной деятельности у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности и недостаточностью необходимых технологий и методов для реализации этого процесса в образовательных учреждениях.

На основании выявленных противоречий сформулирована **проблема** исследования: каковы же методы, обеспечивающие эффективность коррекции нарушений познавательной деятельности у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности? А также тема диссертации: «Коррекция нарушений познавательной деятельности младших школьников с синдромом дефицита внимания и гиперактивности».

Цель исследования: теоретически обосновать, разработать и апробировать методику коррекции нарушений познавательной деятельности младших школьников с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью.

Объект исследования: нарушение познавательной деятельности младших школьников с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью.

Предмет исследования: методы коррекции нарушений познавательной деятельности младших школьников с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью.

Гипотеза исследования: Коррекция нарушений познавательной деятельности младших школьников с синдромом дефицита внимания и гиперактивности будет проходить более успешно при использовании разработанной методики коррекции нарушений познавательной деятельности детей данной категории.

Задачи исследования:

1. Изучить основные понятия в рамках синдрома дефицита внимания и гиперактивности;
2. Произвести психолого-педагогическую характеристику детей младшего школьного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью;
3. Рассмотреть методы коррекции поведения детей младшего школьного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью;
4. Провести диагностику сформированности познавательной деятельности младших школьников с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью;
5. Разработать и апробировать методику коррекции нарушений познавательной деятельности младших школьников с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью.

Теоретико-методологическая основа исследования:

- 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, Л.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.).

Положения, выносимые на защиту:

1. У младших школьников с синдромом дефицита внимания и гиперактивности страдают все компоненты познавательной деятельности, что проявляется в медленном запоминании и быстром забывании, низком уровне внимания и восприятия материала.

2. Использование разработанной методики коррекции нарушений познавательной деятельности у младших школьников с синдромом дефицита внимания и гиперактивности позволяет повысить уровень познавательной деятельности детей данной категории.

Научная новизна. Выявлен низкий уровень развития всех компонентов познавательной деятельности у детей младшего школьного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивности, что проявляется в медленном запоминании и быстром забывании, низком уровне внимания и восприятия материала.

С учетом выявленных нарушений разработана методика коррекции нарушений познавательной деятельности младших школьников с синдромом дефицита внимания и гиперактивности.

Теоретическая значимость исследования определяется тем, что результаты позволяют расширить и углубить научные представления об особенностях нарушений познавательной деятельности у младших школьников с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью, об особенностях работы по коррекции нарушений познавательной деятельности у детей данной категории.

Практическая значимость исследования заключается в разработке методики коррекции нарушений познавательной деятельности младших школьников с синдромом дефицита внимания и гиперактивности. Материалы исследования могут быть использованы педагогами,

психологами, дефектологами и другими специалистами в образовательных учреждениях при работе с детьми с синдромом дефицита внимания и гиперактивности.

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

– теоретические: анализ психолого-педагогической литературы и методической литературы, интерпретация, обобщение опыта педагогической деятельности по проблеме коррекции нарушений познавательной деятельности младших школьников с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью;

– эмпирические: психолого-педагогический эксперимент (констатирующий, формирующий, контрольный этапы), беседа, наблюдение;

– методы количественной и качественной обработки данных.

Экспериментальная база исследования: КГУ «Костанайский специальный комплекс «детский сад-школа-интернат» для детей с особыми образовательными потребностями».

Этапы экспериментальной работы. Исследование проводилось в 4 этапа:

1 этап (декабрь 2020 г. – февраль 2021 г.). На этом этапе проанализированы основные положения научной психолого-педагогической и методической литературы по проблеме коррекции нарушений познавательной деятельности младших школьников с синдромом дефицита внимания и гиперактивности.

2 этап (март 2021 г. - май 2021 г.). На этом этапе была произведена экспериментальная работа по выявлению уровня познавательной деятельности младших школьников с синдромом дефицита внимания и гиперактивности.

3 этап (сентябрь 2021 г. - май 2022 г.). Была разработана и реализована методика коррекции нарушений познавательной деятельности младших школьников с синдромом дефицита внимания и гиперактивности.

4 этап (май 2022 г. – ноябрь 2022 г.). На данном этапе была проведена повторная диагностика по выявлению уровня познавательной деятельности младших школьников с синдромом дефицита внимания и гиперактивности; проанализированы и обобщены полученные данные экспериментальной работы, произведено текстовое оформление материалов исследования, сформулированы выводы.

Апробация результатов исследования. Основные результаты диссертационного исследования были представлены на научно-практических конференциях, проходящих в Профессионально-педагогическом институте Южно-Уральского государственного гуманитарно-педагогического университета: Международной научно-практической конференции «Инновационные тенденции модернизации педагогического образования в условиях глобализации» (26 февраля 2021 г. и 2 марта 2022 г.).

Структура работы: работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка использованных источников, приложения. Основная часть работы изложена на 96 страницах, в число которых входит 6 рисунков и 3 таблицы. Список использованных источников содержит 57 наименования.

ГЛАВА 1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕТЕЛЬНОСТИ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ

1.1 Синдром дефицита внимания и гиперактивности как психолого-педагогическая проблема

В настоящее время проблема гиперактивных детей является актуальной в связи с ежегодным увеличением числа таких детей. Высокая двигательная активность, неустойчивость внимания и импульсивность являются характеристикой нормального развития младшего школьника. Потребность в движении в нем заложена самой природой. Но существует группа детей, у которых эта потребность достигает патологического уровня – таких детей называют гиперактивными, т. е. сверхподвижными.

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 исследователя Х.Д. Джинотта, пики проявления гиперактивности совпадают с пиками психоречевого развития:

- 1) в 1–2 года у ребёнка закладываются навыки речи;
- 2) в 3 года – резко увеличивается словарный запас;
- 3) в 6–7 лет формируются навыки чтения и письма [15].

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.

Гиперактивность как одно из патологических проявлений является частью целого комплекса нарушений, которые составляют «синдром дефицита внимания с гиперактивностью» (далее – СДВГ), включающий нарушения системы эмоциональной регуляции. В отечественной и зарубежной психолого-педагогической литературе существуют разные подходы к определению данного синдрома. Рассмотрим основные дефиниции данного понятия.

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью называют еще гиперкинетическим синдромом. Этот синдром в детском возрасте проявляется трудностями в поведении и учебе, нарушениями в межличностных отношениях, имеющими значительные последствия для самих детей, их родителей, окружающих, в первую очередь для учителей и одноклассников [15].

Согласно Международной классификации болезней (сокращенно МКБ-10) понятие «гиперкинетические нарушения» трактуется как отклонения в поведении, характеризующиеся следующими типичными признаками:

- 1) ранним проявлением (отклонения обычно наблюдаются уже в первые пять лет жизни),

- 2) сочетанием чрезмерной активности в поведении, трудной управляемости и явно выраженной невнимательности,
- 3) недостатком терпения при выполнении заданий, требующих умственных усилий;
- 4) тенденцией к неожиданной и быстрой смене деятельности без доведения начатого до конца;
- 5) хаотичной, недостаточно контролируемой и чрезмерной двигательной активностью, которая может выражаться в области как грубой моторики (бесцельное перебегание с места на место, вставание и пересаживание), так и тонкой (нарушение координации движений – трудности при овладении письмом, рисованием, с ведением тетрадей) [3].

В западной литературе данный синдром обозначают как минимальная мозговая дисфункция (далее – ММД) – нарушение функции ЦНС вследствие микроповреждений коры и подкорковых структур головного мозга.

Для оказания ранней комплексной помощи гиперактивным детям специалист должен знать причины и основные проявления СДВГ.

Исследователи проблемы гиперактивности (Н.Н. Заваденко, Б.Л. Бейкер, Р. Кэмпбейлл и др.) выделяют такие проявления гиперактивности как повышенная психо-эмоциональная возбудимость, импульсивность в поведении и эмоциональных проявлениях, а также дефицит внимания [57].

Кэмпбейлл 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.

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. Оклэнд 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].

А. Д. Гонеев выделяет комплекс клинических проявлений дефицита внимания у детей: беспокойные движения в кистях и стопах, неумение сидеть на одном месте, легкая отвлекаемость на посторонние раздражители, нетерпеливость, неумение доводить начатое до конца, очень быстрая переключаемость с одного дела на другое, болтливость, неумение играть, разговаривать тихо и спокойно, отсутствие умения прогнозировать последствия своих поступков, спонтанность и необдуманность действий, суетливость, несформированность праксиса и мелкой моторики, малая продолжительность сна и трудности при засыпании.

Основными проявлениями СДВГ считаются гиперактивность, дефицит внимания и импульсивность, вторичными нарушениями являются слабая успеваемость и трудности в общении.

Американские психологи П. Бейкер и М. Алворд предлагают следующие критерии выявления гиперактивности у ребёнка [35].

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 сферапредоставляет 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 [22].

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 (рисунок 1):

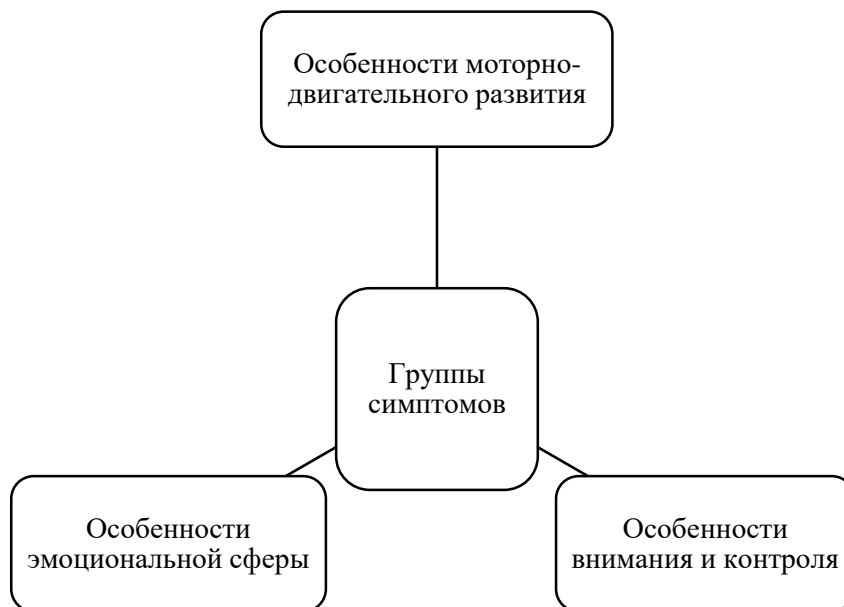


Рисунок 1 – Группы ведущих симптомов

Рассмотрим подробнее.

1. 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.
2. Особенности внимания и контроля: кратковременная концентрация

внимания; слабая концентрация внимания; рассредоточение внимания; ригидность внимания (плохая переключаемость); perseverации (не может оторваться от определенного предмета или способа решения).

3. 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 эмоционально-волевой 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:

1. Психофизиологической основой гиперактивного поведения у ребёнка может являться незрелость, несовершенство, нарушения или расстройств работы мозга (по типу малых мозговых дисфункций).
2. 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.

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. Рассмотрим работы психолого-педагогического направления.

В исследованиях В. Петрунук, В.П. Таран направленных на изучение темперамента, даётся характеристика холерического темперамента, близкого к характеристике изучаемого 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 нейропсихологических процессов и повышенной уязвимостью леворуких по отношению к психотравмирующим факторам.

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 [11].

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 перенатального 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 церебрально-органической 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, включающей такие факторы как: пренатальные и перинатальные патологические, генетические, социально-психологические, нейробиологические, теории дисфункции системы arousal, внешние и пищевые факторы – рисунок 2.



Рисунок 2 – Биопсихосоциальная патологическая модель

Рассмотрим подробнее:

1.Пренатальные и перинатальные патологические факторы:

- 1) употребление матерью во время беременности алкоголя, некоторых лекарственных препаратов, курение;
- 2) токсикоз во время беременности;
- 3) возраст матери (меньше 19 и больше 30 лет);
- 4) травмы в области живота;
- 5) несовместимость по резус-фактору;
- 6) 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 5].

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:

- 1) психологический климат в семье (ссоры, конфликты, алкоголизм, аморальное поведение родителей и т.д.);
- 2) особенности воспитания (гипер- и гипоопека, эгоистическое воспитание по типу «кумира семьи», педагогическая и социальная запущенность и т.д.);
- 3) бытовые условия проживания;
- 4) 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 [12].

6. Теории дисфункции системы arousal.

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

- 1) 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;
- 2) 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 [14].

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 природно-обусловленных предпосылках развития ребёнка, или индивидуальной вариативности, 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, влиянии нарушений семейных отношений. В этом контексте гиперактивность рассматривается, как сформированный близкими взрослыми способ взаимодействия ребёнка с миром [9].

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 соотносится 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 младшего школьного возраста с синдромом дефицита внимания и 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 [11].

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 вразнообразных 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 [4].

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 удерживать 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 [3].

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 подчиняться требованиям и дисциплине, в связи с тем, что он элементарно не может сосредоточиться на одном деле более 5 минут. При выполнении школьных заданий, гиперактивным 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 [41].

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 [38].

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 еще 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 произвольного 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» броских 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 [31].

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 ребенком 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 [17].

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 [8].

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 [11].

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 [7].

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 Методы коррекции поведения детей младшего школьного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью

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 психолого-педагогической 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.

Так как СДВГ имеет сложную структуру, то его лечение должно носить комплексный характер и включать, по мнению ряда авторов, медикаментозную терапию и психотерапевтические методы.

Ю. С. Шевченко предлагает схему комплексной многоуровневой лечебно-коррекционной помощи детям и подросткам с СДВГ.

Первый уровень – метаболический – предполагает медикаментозные воздействия; выбор препаратов диктуется структурой поведенческого симптомокомплекса.

Второй уровень – нейропсихологический – включает нейропсихологическую диагностику и комплексную психомоторную коррекцию онтогенетических блоков мозговой организации деятельности ребенка.

Третий уровень – синдромальный – включает комплекс развивающих игр, позволяющих изолированно воздействовать на отдельные элементы синдрома.

Четвертый уровень – поведенческий – предполагает разные формы бихевиоральной терапии в соответствии с когнитивной, суггестивной и другими видами психотерапии. Цель – формирование и отработка желаемых моделей поведения.

Пятый уровень – личностный – подразумевает использование различных видов индивидуальной и групповой психотерапии, направленной на разрешение внешних и внутренних психогенных конфликтов, личностный рост, эффективное взаимодействие с взрослыми и сверстниками [15].

Для предупреждения появления выраженных коморбидных поведенческих нарушений у детей и подростков с СДВГ лечение необходимо начинать в дошкольном или младшем школьном возрасте.

Е. К. Лютова, Г. Б. Моница в психокоррекционной работе с гиперактивными детьми используют три основных направления:

- 1) развитие дефицитарных функций (внимания, контроля поведения, двигательного контроля);
- 2) отработка конкретных навыков взаимодействия со взрослыми и сверстниками;
- 3) при необходимости – работа с гневом [7].

Анализ современных подходов к организации психокоррекционного процесса с участием детей с СДВГ позволяет сделать вывод о необходимости включения различных форм и методов.

И. П. Брызгунов предлагает пошаговую модель психологической поддержки гиперактивного ребенка, включающую следующие этапы [1].

1. Ежедневно родители ставят перед ребенком конкретную цель, которую он должен реализовать. Формулировка цели должна быть четкой и лаконичной.

2. Родителям необходимо заранее продумать поощрения, которыми будут стимулироваться усилия ребенка по достижению поставленной цели. Поощрения могут быть как моральными, так и материальными.

3. По окончании дня родители вместе с ребенком должны проанализировать его поведение, оценить степень достижения цели.

4. Систематически родители фиксируют изменения в поведении и личности ребенка, описывая их в конкретных проявлениях, и сообщают о его достижениях врачу или психологу.

5. В случае достижения ребенком значительных изменений он должен обязательно получить обещанное родителями вознаграждение. Эта модель призвана помочь родителям и педагогам в систематизации жизни ребенка, ее рациональной организации, что будет способствовать позитивным изменениям в его личности и поведении [11].

Обобщенная система работы может включать следующие аспекты: физическая реабилитация, обучение навыкам саморегуляции, развитие коммуникативных навыков, коррекция негативных эмоций, развитие дефицитных функций в системе синдрома. Таким образом, в настоящее время синдром дефицита внимания с гиперактивностью является распространенным явлением, при лечении и коррекции которого необходим комплексный психолого-медико-педагогический подход.

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) встречается у достаточно большого числа детей и во всех социально-экономических группах, но несколько чаще – среди малообеспеченных слоев населения. Было также отмечено, что СДВГ чаще встречается в регионах с повышенной плотностью населения. В происхождении СДВГ играют роль генетические механизмы, органическое повреждение головного мозга и психосоциальные факторы, но возможно воздействие и нескольких взаимовлияющих факторов [6].

При этом неблагоприятные социальноэкономические и психологические условия могут усиливать проявления расстройств, возникших в результате наследственной патологии или повреждений головного мозга в перинатальном периоде.

Л. С. Чутко выделяет следующие психологические и социальные факторы, влияющие на возникновение СДВГ: неподготовленность родителей к семейной жизни, напряженность и частые конфликты в семье, предубежденность и нетерпимость в отношении к детям. Усиливающими неблагоприятный эффект являются такие факторы, как низкий материальный уровень, стесненные условия проживания, злоупотребление алкоголем членами семьи, использование физических методов воспитания

Как правило для коррекции рассматриваемых отклонений существует несколько способов – рисунок 3.



Рисунок 3 – Способы коррекции

Рассмотрим подробнее.

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:

- 1) не у всех больных наблюдается ожидаемый эффект;
- 2) ихостимуляторы, как и любые лекарства, имеют ряд побочных действий;
- 3) 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 [6].

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 делает 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 [4].

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 [33].

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 [12].

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 др.). Произвольное поведение ребенка постоянно привлекает внимание исследователей, поскольку формирование произвольного контроля и

самоконтроля у детей младшего школьного возраста. Ставит 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 [41].

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.

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]. 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 [49].

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:

- 1) беседы просветительского характера с самим ребёнком, его родителями и педагогами;
- 2) обучение родителей и учителей поведенческим программам;
- 3) вовлечение ребенка в различные кружки и секции для расширения круга его общения;
- 4) специальное обучение в случае затруднений с учёбой;
- 5) 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 ребенка.

2. Развитие умения управлять своими движениями (упражнения и игры с командой «стоп», преодоление различных препятствий в пространстве, ограничения пространства для игр с помощью верёвок, 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 потребуется координировать и регулировать свои движения, чтобы достичь цели (жонглирование мячами, парные перебросы, упражнения на равновесие и т. д.) [56].

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

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) – невропсихическое 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.

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 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.

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.

Важным звеном в психокоррекции детей с синдромом дефицита внимания является изменение поведения взрослых (родителей и учителей). Например, тренинг родительской компетентности. Задачами такого тренинга являются преодоление непослушания и устранение вызывающего поведения ребенка, адаптация к эмоциональным трудностям, вызванным воспитанием ребенка с СДВГ, контроль над ситуацией, защита других членов семьи от воздействия неблагоприятных факторов.

Очевидно, что семьи, имеющие детей с синдромом дефицита внимания, нуждаются не только в медицинской помощи, адресованной больному ребенку, но и в психологической коррекции. Семейная терапия должна быть направлена на коррекцию межличностных отношений и устранение эмоциональных расстройств в семье, способствовать сохранению сложившихся связей, развивать их и переводить на более высокий уровень функционирования.

Для достижения данных целей возможно использование системного подхода в семейной психотерапии. Можно выделить ряд ее этапов: семейный диагноз (диагностический этап), ликвидация семейного конфликта, реконструктивный этап, поддерживающий этап. Достижение редукции клинической симптоматики без адекватной по интенсивности и продолжительности фармакотерапии затруднено. В настоящее время в России существует только один препарат, специально предназначенный для лечения СДВГ, обладающий патогенетически направленным терапевтическим действием при этом заболевании, – атомoksetин (страттера). Итак, дети с синдромом дефицита внимания имеют ряд проблем в обучении и взаимодействии с окружающими. Такие дети невнимательны, импульсивны и чаще всего гиперактивны.

ГЛАВА 2 ОПЫТНО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ РАБОТА ПО КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ

2.1 Анализ сформированности познавательной деятельности первоклассников с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью

Базой исследования выступает Коммунальное государственное учреждение «Костанайский специальный комплекс «детский сад-школа-интернат» для детей с особыми образовательными потребностями» Управления образования акимата Костанайской области.

Основным видом деятельности выступает «Основное и общее среднее образование», дополнительный вид деятельности «Прочая деятельность по охране здоровья» [37].

Программа специальной школы предусматривает цикличность, повторяемость, доступность изучаемого материала, разнообразие форм обучения, выбор эффективных игровых коррекционных приёмов с целью оказания действенной педагогической помощи и дальнейшей социальной адаптации. В школу зачисляются дети в возрасте 6-10 лет не прошедшие организованной предшкольной подготовки, а также в течение всего периода обучения с целью диагностики речевых, психических, двигательных, интеллектуальных и иных нарушений, в том числе и более сложных. Весь период обучения (9-10 лет) бесплатно оказывается коррекционная помощь высококвалифицированными специалистами-дефектологами, психологами и логопедами, ведётся наблюдение, диагностика, отслеживание динамики обучения. Главная задача педагогов школы – создание атмосферы добра, комфортных условий пребывания в школе, приближенных к домашним, максимальное участие в судьбах детей, совместная деятельность взрослых и детей. В нашей школе создана

здоровье сберегающая среда, с 2006 года действует сенсорная комната, комната релаксации и кабинет лечебной физкультуры.

Целью исследования, которое было проведено в КГУ «Костанайский специальный комплекс «детский сад-школа-интернат» для детей с особыми образовательными потребностями» УО акимата Костанайской области, стало выявление особенностей развития и возможности коррекции нарушений познавательной деятельности учащихся 1 класса с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью.

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

Констатирующий эксперимент в рамках которого произведено изучение познавательной деятельности учащихся 1 класса с СДВГ.

Формирующий психолого-педагогический эксперимент, в рамках которого разработана и внедрена методика коррекции нарушений познавательной деятельности учащихся 1 класса с СДВГ.

Контрольный этап эксперимента, в рамках которого определена эффективность проведенных занятий по коррекции нарушений познавательной деятельности учащихся 1 класса с СДВГ.

Исследование проводилось с марта 2021 года по май 2022 года. Испытуемые – 15 учеников 1 класса КГУ «Костанайский специальный комплекс «детский сад-школа-интернат», в личных делах которых (по итогам обследования в условиях психолого-медико-педагогической консультации) имелись заключения специалистов о СДВГ.

В ходе констатирующего эксперимента производилось первичное 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 15 детей.

Необходимо отметить, что клинические проявления СДВГ (рассмотренные в первой главе выпускной квалификационной работы) очень разнообразны. Целесообразно при его диагностике использовать стандартные диагностические критерии, которые были разработаны Американской психиатрической ассоциацией (4 издание «Диагностического и статистического руководства по психическим заболеваниям», 2007 г.) [12, с. 60]. Основываясь на руководстве, диагностика СДВГ производится по двум измерениям: нарушение внимания и гиперактивность / импульсивность.

Выделим признаки гиперактивности и импульсивности:

- 1) ребенок суетлив;
- 2) ребенок не способен усидеть на одном месте;
- 3) ребенок нецеленаправленно и много двигается: бегают, крутятся, ёрзает на своём месте.
- 4) ребенок не может тихо, спокойно играть или заниматься чем-либо на досуге;
- 5) ребенок всегда нацелен на движение – «вечный двигатель»;
- 6) ребенок болтлив;
- 7) ребенок часто начинает отвечать, не подумав и даже не дослушав вопрос;
- 8) ребенок с трудом дожидается своей очереди в различных ситуациях;
- 9) ребенок в разговоре часто прерывает, мешает окружающим.

рассмотрим признаки нарушения внимания:

- 1) ребенок не может сосредоточиться, делает много ошибок из-за невнимательности;
- 2) ребенку трудно поддерживать внимание при выполнении заданий или во время игр;

- 3) ребенок легко отвлекается на посторонние стимулы;
- 4) ребенок не может до конца закончить поставленную задачу;
- 5) ребенок слушает, но не принимает во внимание слова взрослых;
- 6) ребенок избегает выполнения задач, требующих постоянного внимания, либо отказывается от выполнения;
- 7) ребенок плохо организован;
- 8) ребенок часто теряет личные вещи, необходимые в школе и дома: карандаши, книги, рабочие инструменты, игрушки;
- 9) ребенок забывчив.

Для постановки диагноза необходимо присутствие 6 из 9 критериев в каждом измерении. Стоит отметить, что симптомы расстройства должны:

- 1) появляться до 8 лет;
- 2) наблюдаться не менее 6 месяцев в двух сферах деятельности ребёнка: в школе и дома;
- 3) не должны проявляться на фоне общего расстройства развития, иных нервно-психических расстройств;
- 4) должны вызывать значительный психологический дискомфорт и дезадаптацию.

Давая психологическую характеристику процессу познания, следует отметить, что ощущения, восприятия, мышление, воображение образуют ядро этого процесса. Однако они не исчерпывают его структурной полноты: он включает в себя и акт внимания как свой необходимый компонент. Следовательно, коррекционная работа с младшими школьниками с СДВГ должна строиться на основе коррекции невнимательности и гиперактивности. Для подтверждения предположений и выявления симптомов СДВГ и исследования познавательной деятельности были применены диагностические методики.

В специальной литературе для исследования познавательной деятельности детей существуют следующие психолого-педагогические методы:

- 1) метод беседы;
- 2) метод наблюдения;
- 3) метод изучения рисунков;
- 4) методы экспериментально-психологического исследования.

Все приведенные методы имеют свои преимущества, позволяя оценить уровень развития, познавательной деятельности, представлений об окружающем мире, целеустремленность и критичность младшего школьника, что неразрывно связано с интеллектуальной деятельностью и свидетельствует о её интенсивности и качестве.

Рассмотрим методы подробнее.

Метод беседы предоставляет информацию о запасе сведений и точности представлений исследуемого об окружающей действительности, а также о личностных качествах ребенка (эмоциональность, контактность, умение удерживать нить беседы). Он позволит составить мнение об уровне развития речи: активный словарь, грамотность фраз, качество звукопроизношения.

Метод наблюдения за поведением помогает фиксировать особенности взаимодействия ребёнка с окружением (социальным или вещественным) в «естественных» условиях, не ограниченных соблюдением ряда условий, которые возникают при специальных диагностических процедурах. С помощью наблюдения можно составить представление о волевых качествах младших школьников, о его способах реагирования на трудности, стратегии поведения при столкновении с трудностями.

Метод изучения рисунков позволяет увидеть развитие мелкой моторики, уровень развития представлений, воображения, эмоциональное состояние и т.д.

Методы экспериментально-психологического исследования нацелены на установление меры развития конкретных высших психических функций: восприятия, внимания, памяти, речи, того или

иного вида мышления.

В рамках исследования были использованы следующие методики:

1. Тест «Корректирующая проба» позволяет исследовать особенности внимания человека – устойчивость, концентрация, переключаемость, объем. Корректирующая проба Б. Бурдона может проводиться для взрослых людей, школьников, а также для детей старшего дошкольного возраста. Методика используется в группе и индивидуально.
2. Методика «Эмоциональная пиктограмма» Изотовой Е. И. для выявления особенностей эмоционального развития (когнитивно-аффективных компонентов) у детей дошкольного, младшего школьного возраста.
3. Исследование словарного запаса;
4. Методика «Последовательные картинки» А.Н. Берштейна цель которой определить способность к логическому мышлению, обобщению, умению понимать связь событий и строить последовательные умозаключения, определить уровень развития связанной речи.
5. Решение задач, цель – оценка элементарных математических представлений.

Рассмотрим подробнее перечисленные методики.

Тест «Корректирующая проба»

Обследование проводится с помощью специальных бланков с рядами расположенных в случайном порядке букв (цифр, фигур, может быть использован газетный текст вместо бланков). Испытуемый просматривает текст или бланк ряд за рядом и вычеркивает определенные, указанные в инструкции буквы или знаки. На бланке с буквами вычеркните, внимательно просматривая ряд за рядом, все буквы «е». Через каждые 60 с по моей команде отметьте вертикальной чертой, сколько знаков вы уже просмотрели (успели просмотреть). Время работы – 5 мин. С помощью

данной методики определяются такие качества внимания, как концентрация, устойчивость и переключаемость. Результаты пробы оцениваются по количеству пропущенных незачеркнутых знаков, по времени выполнения или по количеству просмотренных знаков. Важным показателем является характеристика качества и темпа выполнения (выражается числом проработанных строк и количеством допущенных ошибок за каждый 60-секундный интервал работы).

Методика «Эмоциональная пиктограмма» Изотовой Е. И.

Для проведения пиктограммы младшему школьнику предлагается лист белой бумаги (стандартный лист формата А4), простой карандаш и набор слов для запоминания:

1. Понятия - значения эмоционального реагирования: Радость. Страх. Грусть. Стыд. Злость. Обида. Удивление.
2. Понятия - значения эмоционального отношения: Любовь. Зависть. Ревность. Презрение. Дружба.

Ребенку необходимо диктовать слова, на каждое слово ребенок в течении 1-2 минуты на листе должен нарисовать, то, что он ассоциирует с этим словом. После каждого изображения необходимо спросить у ребенка, что он нарисовал и как он понимает произнесенное слово-понятие. Все сказанное ребенком фиксируется вместе с порядковым номером изображения. По завершении процедуры диагностики рисунок откладывается в сторону.

К рисунку рекомендуется возвратиться не менее чем через 15-20 минут. Ребенок должен постараться вспомнить те слова, которые ему диктовали. Все воспроизведенные ребенком слова-понятия необходимо фиксировать, стимулируя воспоминание наводящими вопросами.

Далее представления об эмоциях интерпретируются на основе изображений и вербальных описаний определенных эмоциональных реакций и отношений, выражающих когнитивное понимание эмоционального процесса и степень его дифференцированности.

Объем и структура эмоциональных представлений, форма мыслительной деятельности, вербализация эмоциональных явлений («словарь эмоций») как основные (специфические) показатели данной методики характеризуются способами адекватного кодирования и вербализации эмоций (выделение существенных признаков данного понятия):

- 1) изображение эмоций, чувств через экспрессивный эталон (мимика и пантомимика) и через контекстные ситуации (сюжет);
- 2) вербализация эмоций через отдельные экспрессивные проявления (мимика, пантомимика), схему возникновения эмоционального явления (цепочка действий), обобщенные характеристики эмоциональных явлений (структурированное знание-представление).

Возрастная норма школьного возраста: адекватное воспроизведение от шести до двенадцати понятий с доминированием значений эмоционального отношения.

Поуровневая дифференциация адекватности кодирования для школьного возраста:

1. Высокий уровень: адекватное кодирование и вербализация □ 10-12 эмоциональных модальностей.
2. Средний уровень: адекватное кодирование и вербализация □ 8-10 эмоциональных модальностей, незначительные затруднения в некоторых эмоциях (презрение).
3. Низкий уровень: адекватное кодирование и вербализация 4-6 эмоциональных модальностей.

Исследование словарного запаса

- 1) Ребенку предлагаются картинки с изображением предметов. Нужно назвать, что изображено.

2) Подобрать антонимы к названным словам: длинный, теплый, мягкий, широкий, темный.

3) Назвать детенышей животных: у лисы – лисенок, а у коровы? (собаки, утки, слона, кошки, козы).

4) Назови одним словом:

Ромашка, лютик, роза – ...

Кровать, стул, диван, кресло – ...

Сыр, колбаса, хлеб, масло – ...

Шапка, юбка, кофта, куртка – ...

Сосна, ель, ива, клен – ...

Методика «Последовательные картинки» А.Н. Берштейна

Цель – изучить сформированность образно-логического мышления и предпосылки словесно-логического мышления.

Детям предлагается серия из 3-5 рисунков, в которых рассказывается о каком-то событии. На столе перед ребенком в произвольном порядке раскладывают картинки, после чего дают первоначальную инструкцию. Убедившись, что дети поняли общее содержание картинок, педагог предлагает им разложить картинки по порядку. В процессе работы взрослый не должен вмешиваться и помогать детям. После того как ребенок закончит раскладывать картинки, его просят рассказать историю, которая получилась в результате этого расклада, переходя постепенно от одного эпизода к другому. При анализе результатов учитывают прежде всего правильный порядок расположения картинок, который должен соответствовать логике развития повествования.

Решение задач

Цель – оценка элементарных математических представлений.

Задание №1. На столе стоит корзина. В ней лежат груши и яблоки. Нужно разложить в две тарелочки, в одну груши, в другую яблоки.

Сколько яблок и груш вместе? А сколько яблок? Сколько груш?

На сколько яблок больше, чем груш?

На сколько груш меньше, чем яблок?

Задание №2. На крыльце дома сидел кот. К нему пришли еще два кота. Сколько теперь на крыльце котов?

Задание №3.

В связке 5 красных шариков и 2 синих. Сколько всего красных и синих шариков в этой связке?

Для определения критериев оценки уровня сформированности познавательной деятельности младших школьников с СДВГ по уровням нами использованы рекомендации авторов методик, которые представлены в Приложении 1.

Общее заключение об уровне сформированности познавательной деятельности младших школьников с СДВГ строится на основе диагностических результатов по выбранным компонентам путем сложения балльных показателей по каждой методике. Устанавливаем интервалы группировки значений по методике, предложенной А.А. Кыверялгом. Таким образом, мы получаем среднеарифметические показатели максимальных и минимальных баллов.

Шкала оценки уровней развития познавательной деятельности младших школьников с СДВГ представлена в таблице 1.

Таблица 1 – Шкала оценки уровней развития познавательной деятельности младших школьников с СДВГ

Уровни развития познавательной деятельности	Итоговая сумма баллов
Высокий	22 – 29 баллов
Средний	12 – 21 баллов
Низкий	0 – 11 баллов

Протокол выполнения заданий младшими школьниками с СДВГ для определения уровня развития познавательной деятельности представлен в таблице 2.

Таблица 2 - Уровень развития познавательной деятельности младших школьников с СДВГ на констатирующем этапе

№	Имя Фамилия	№ задания					Общее кол-во баллов	Уровень развития познавательной деятельности
		1	2	3	4	5		
1	Шолпан И.	2	5	5	2	1	15	средний
2	Сауле М.	1	2	3	1	0	7	низкий
3	Карина Н.	1	3	3	1	0	8	низкий
4	Ксения С.	2	6	6	2	2	18	средний
5	Эльмира Х.	1	2	3	1	0	7	низкий
6	Сергей Н.	1	2	3	1	0	7	низкий
7	Казбек А.	2	4	5	2	1	14	средний
8	Тимур Ж.	1	3	3	1	0	8	низкий
9	Гульназ А	1	2	2	1	0	6	низкий
10	Мария П.	1	2	1	1	0	5	низкий
11	Ренат К.	1	2	2	1	0	6	низкий
12	Жанар Ж.	1	3	3	1	0	8	низкий
13	Арман С.	1	2	2	1	0	6	низкий
14	Назира Е.	1	2	3	1	0	7	низкий
15	Ринат Ш.	1	2	2	1	0	6	низкий

Уровень развития познавательной деятельности младших школьников с СДВГ представлен на рисунке 4.



Рисунок 4 - Уровень развития познавательной деятельности младших школьников с СДВГ на констатирующем этапе

Таким образом, по результатам констатирующего эксперимента у большинства младших школьников с СДВГ (80% от общего количества участников эксперимента) низкий уровень развития познавательной деятельности, трое младших школьников с СДВГ (20% от общего

количества участников эксперимента) показали средний уровень развития познавательной деятельности. Качественный анализ проведенных методик позволил сделать выводы об особенностях развития познавательной деятельности учеников 1 класса с СДВГ. Ученики имеют низкий и средний уровень развития памяти. Это характеризуется медленным запоминанием и быстрым забыванием.

Также можно сказать о низком уровне словесно-логического мышления у данной группы школьников. Им трудно абстрагироваться и точно выполнять задание. Кроме того, они не могут уловить сходство между словами и выделить не подходящее. Преобладает низкий уровень развития внимания. У данной группы школьников значительно страдает восприятие материала, они нуждаются в подсказке при выполнении заданий, затрудняются сохранять сосредоточенность в процессе выполнения задания, много отвлекаются.

Таким образом, анализ полученных данных позволяет сделать вывод о том, что практически все исследуемые компоненты познавательной деятельности младших школьников с СДВГ находятся на низком уровне развития. Проведенное исследование доказало необходимость разработки методики коррекции нарушений познавательной деятельности младших школьников с СДВГ.

2.2 Методика коррекции нарушений познавательной деятельности первоклассников с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью

Данная методика коррекции нарушений познавательной деятельности В рамках исследования была разработана методика коррекции нарушений познавательной деятельности первоклассников с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью.

Методика коррекции нарушений познавательной деятельности первоклассников с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью.

была апробирована на базе КГУ «Костанайский специальный комплекс «детский сад-школа-интернат» Управления образования акимата Костанайской области.

Цель методики – 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:

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

Внеурочное время: прогулки, перемены, экскурсии, кружки.

Продолжительность эксперимента: с марта 2021 года по май 2022 года.

В основе разработки лежали следующие положения:

- 1) коррекционная работа должна проводиться поэтапно с опорой на принципы комплексности и системности коррекционного воздействия; последовательно в зависимости от возраста учащихся и их психофизиологических особенностей, а также условий их обучения;
- 2) упражнения должны носить развивающую направленность, содействовать развитию познавательной сферы учащихся младшего школьного возраста с СДВГ.

Личностно-ориентированный подход в методике выражается в следующих положениях:

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

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

1. Единство диагностики и коррекции. Коррекционно-развивающая работа по формированию организационных умений и навыков учащихся младшего школьного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивности проводится после диагностики уровня развития функций организации, программирования и контроля психической деятельности; двигательно-моторной 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.

2. Учет «зоны ближайшего развития» (по Л. С. Выготскому). В нашей программе процесс формирования функций организации, программирования и контроля психической деятельности; двигательно-моторной ориентировки, процессов мышления, восприятия, внимания,

памяти, осуществляется постепенно с учётом ближайшего уровня развития данных функций, то есть каждое последующее задание немного сложнее предыдущего.

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

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

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

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 он 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.

Все занятия, проходят с применением нейропсихологических коррекционных техник 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.

Рассмотрим блоки подробнее.

1. 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:

- 1) дыхательные упражнения и растяжки;
- 2) различные виды массажа и самомассажа (весьма эффективен пальцев рук и ушных раковин);

- 3) телесные упражнения и техники релаксации;
- 4) глазодвигательные упражнения.

2. Вторым блоком осуществляется прием, переработка 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).

Вторым блоком 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 используем упражнения, направленные на:

- 1) улучшение свойств памяти, внимания;
- 2) формирование пространственных представлений и отношений;
- 3) развитие ловкости и плавности произвольных движений.

3. Третьим блоком 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:

- 1) ролевых игр;
- 2) коммуникативных упражнений на вербальное и невербальное акцентирование;
- 3) упражнений, направленных на повышение саморегуляции, вариативности и рациональности поведения.

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.

Рассмотрим подробнее первый блок разработанной методики – энергетический.

Для гармонизации нейродинамического обеспечения деятельности рекомендуем ряд упражнений, направленных на активизацию подкорковых образований головного мозга, а именно дыхательную гимнастику.

«Подуй на одуванчик»

Дуем на раскрытые ладони вначале ртом (фу - фу – фу), а затем носом, чтобы всё слетело с ладоней. Повторить 4-6 раз.

«Соберем шишки с сосны»

Поднять руки вперед, вверх, встать на носки, потянуться, «сорвать шишку» (вдох), наклониться вперед, руки свободно опустить вниз, «положить шишку в корзину» (выдох). Повторить 4-6 раз.

«Ножницы»

Скрещивание рук перед грудью с последующим разведением в стороны. При скрещивании дети говорят громко слово «жик» (для удлинения выдоха). Повторить 4-6 раз.

В рамках второго блока методики осуществляется прием, переработка и хранение сенсорной информации. При создании системы коррекционной работы по развитию познавательной деятельности у младших школьников с СДВГ мы использовали методы, которые можно классифицировать следующим образом.

1. Метод коррекции аналитико-синтетической деятельности (мышления):

- 1) представление и описание ситуации с измененными привычными характеристиками временных связей, например, ситуации молнии без грома;

- 2) представление и описание ситуации с заменой привычного временного порядка на прямо противоположный, например, аист прилетел на землю и появился на свет;
- 3) резкое сокращение интервалов времени между некоторыми событиями, например, человек – однодневка (вся жизнь человека равна одному дню);
- 4) перемещение вдоль временной оси существования некоторого предмета или его свойств, например, телевизор в прошлом, настоящем, будущем;
- 5) совмещение в одном объеме тех предметов, которые пространственно разведены, и описание предмета с новыми свойствами, например, травинки и авторучки;
- б) разведение обычно связанных в пространстве объектов, например, надо представить рыбу без воды;
- 7) изменение привычной логики воздействий, например: не дым ядовит для человека, а человек ядовит для дыма;
- 8) многократное усиление свойства объекта, например: свойство автобуса – перевозить людей, перевозить много людей.

2. Метод коррекции внимания:

- 1) включает в себя специально подобранные упражнения, составленные по мере увеличения количественных заданий и их сложности;
- 2) регулярность проведения упражнений и их положительная эмоциональная окраска для ребенка.
- 3) формирование первичных навыков самоанализа, умения контролировать свою деятельность, перенос контроля с результатов выполнения деятельности на способы выполнения деятельности;
- 4) повышение интереса к учебной деятельности;

- 5) повышение мотива достижения успеха и снижение мотивации избегания неудачи, развитие самооценки.

3. Метод коррекции восприятия.

Используемые виды психокоррекционных заданий:

- 1) графически воспроизвести по инструкции взрослого значение некоторых слов;
- 2) нарисовать на отдельном листе деталь предмета, например, одну лапу или один нос;
- 3) нарисовать фантастических персонажей, например, жар-птицу в волшебном саду;
- 4) нарисовать точки в разных комбинациях;
- 5) нарисовать для ребенка точками контур рисунка и попросить его обвести;
- 6) «дорожка» – взрослый рисует сложную линию дороги, ребенок рядом воспроизводит такую же;
- 7) нарисовать прямые линии без отрыва карандаша;
- 8) нарисовать с натуры.
- 9) слепить различные формы из пластилина.

Обсуждение с ребёнком его предстоящих действий, планирование их словами и движениями.

4. Методы коррекции памяти:

- 1) развитие познавательного интереса в игровых и коммуникативных упражнениях;
- 2) развитие произвольной памяти через выделение особых задач запоминания;
- 3) обучение выделению главного и второстепенного, установлению связи между объектами с использованием мнемотехник;
- 4) активизация образных представлений;

5) обучение упражнениям на расслабление и восстановление нервной системы.

При использовании метода коррекции памяти необходимо опираться на воспроизведения детьми прошлого опыта, чередуя задания вербального и невербального характера, постепенно усложнения задания.

Третий блок методики отвечает за программирование, регуляцию и контроль деятельности.

Мероприятия проводились в виде игр.

Ниже приведем некоторые упражнения, входящие в комплекс.

1.1 Подвижные игры на развитие внимания

«Слалом-гигант»

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

«Гонка за лидером»

Двое участников состязания стоят за кругом из расставленных стульев. Они находятся по оба конца диаметра круга. Одновременно взяв старт, игроки бегут змейкой, вперёд спиной, стараясь догнать соперника. Победитель выявляется через пять кругов. Если до этого кто-то три раза задел за стул, то считается побеждённым.

«Запомни ритм»

Учитель предлагает участникам повторить за ним ритмическую модель, которую он воспроизвёл с помощью хлопков. Для тех, кто не запомнил услышанный образец, даётся ориентир в виде цифровой записи его, где цифра изображает число непрерывно, через равные интервалы следующих друг за другом хлопков, а тире между ними - паузы (например, 1-1-3-4-2).

«Повтори за мной»

Первый участник демонстрирует сопернику собственный ритм или пантомимическую модель в расчёте на то, что их сложно повторить. Если соперник не сумел точно воспроизвести задание, автор должен сам повторить свои действия, в противном случае он же и выбывает.

Если автор воспроизвел свою модель, то выбывает соперник.

Если же последний справился с заданием, то уже он предлагает следующему свой образец для повтора.

«Запрещённое движение»

Игра с чёткими правилами организует, дисциплинирует детей, сплачивает играющих, развивает быстроту реакции и вызывает здоровый эмоциональный подъём.

Дети стоят лицом к ведущему. Под музыку с началом каждого такта они повторяют движения, которые показывает ведущий. Затем выбирается одно движение, которое нельзя будет выполнить. Тот, кто повторит запрещённое движение, выходит из игры.

«Шапка-невидимка»

В течение 3 секунд надо запомнить все предметы, собранные под шапкой (коробкой), и затем перечислить их.

«Коршун»

Игра развивает внимание, быстроту реакции, умение следовать инструкции взрослого, обучает навыкам взаимодействия с детьми.

Взрослый надевает шапочку курочки и говорит, что все дети – «цыплята» - живут вместе с мамой-курочкой в курятнике. Курятник можно обозначить мягкими блоками или стульчиками. Затем «курочка» с «цыплятами» гуляют (ходят по комнате). Как только взрослый говорит: «Коршун» (предварительно с детьми проводится беседа, во время которой им объясняется, кто такой коршун и почему цыплятам следует его избегать), все дети бегут обратно в «курятник». После этого взрослый выбирает другую «курочку» из числа играющих детей. Игра повторяется.

1.2 Игры на распределение внимания

«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.

«Броуновское движение»

Все дети встают в круг. Ведущий вкатывает в центр круга один за другим теннисные мячики. Детям сообщаются правила игры: мячи не должны останавливаться и выкатываться за пределы круга, их можно толкать ногой или рукой. Если участники успешно выполняют правила игры, ведущий вкатывает дополнительное количество мячей. Смысл игры - установить командный рекорд по количеству мячей в круге.

«Волейбол без мяча»

Две команды по шесть человек имитируют игру в волейбол по правилам (на три паса), но без мяча, а за счёт обмена взглядами и соответствующих движений.

1.3 Игры на концентрацию внимания

«Найди отличие»

Ребёнок рисует любую несложную картинку (например, домик) и передаёт её взрослому, а сам отворачивается. Взрослый дорисовывает несколько деталей и возвращает картинку. Ребёнок должен заметить, что изменилось в рисунке. Затем взрослый и ребёнок 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.

1.4 Игры на тренировку усидчивости

«Скамья запасных»

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

«Восковая скульптура»

До окончания игры каждый участник должен оставаться в той позе, в какой его оставил «скульптор».

«Живая картина»

Создав сюжетную сценку, её участники замирают до тех пор, пока водящий не отгадает название картины.

«Автомобиль»

Дети выступают в роли деталей автомобиля («колеса», «дверцы», «багажника», «капота» и т. п.), из которых водящий собирает автомобиль.

«Море волнуется» и другие игры типа «Замри – отомри».

1.5 Игры на тренировку выдержки.

«Сила честности»

Каждый член команды должен по очереди отжиматься от пола столько раз, сколько сможет, но «честно», т. е. не сгибаясь, полностью касаясь грудью пола и поднимаясь на вытянутые руки. Как только «честный» отжим не получается, игрока сменяет партнёр по команде, а сам он становится в конец строя. Побеждает команда, первой набравшая 100 «честных» отжиманий. То же можно предложить с качанием пресса.

«Съедобное – несъедобное», «Чёрное с белым не носить», «Да» и «нет» не говорить» и подобные игры, требующие самоконтроля во избежание импульсивных реакций.

«Подскажи молча»

Там, где по условиям игры дети подсказывают друг другу, это разрешается делать, но только молча. Выкрикнувший подсказку штрафуются или наказываются вся команда.

«Продолжи ритм»

Каждый участвует в непрерывном воспроизведении освоенного ритма, имея право только на один хлопок после соседа в круге. Опоздавший со своим хлопком, не выдержавший паузы или сделавший лишний хлопок выбывает.

«Скалолазы»

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.

«Личный подвиг»

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

1.6 Игры на снятие напряжения

«Ласковые лапки»

Можно сделать большую коробку-шкатулку для отличившихся детей (и для них использовать).

Игра снимает напряжение, мышечные зажимы, снижает агрессивность, развивает чувственное восприятие, гармонизирует отношения между ребёнком и взрослым. Взрослый подбирает 6-7 мелких предметов различной фактуры: кусочек меха, кисточку, стеклянный флакон, бусы, вату и т. д. Всё это выкладывается на стол. Ребёнку предлагается оголить руку по локоть; воспитатель объясняет, что по руке будет ходить «зверёк» и касаться ласковыми лапками. Надо с закрытыми глазами угадать, какой «зверёк» прикасается к руке - отгадать предмет. Прикосновения должны быть поглаживающими, приятными.

Начиная с младшего школьного возраста, психологи и педагоги в коррекционной работе с гиперактивными детьми проводят тренинги социальных навыков, где обучают стратегиям преодоления конфликтов во взаимоотношениях и налаживания позитивных взаимодействий с взрослыми и ровесниками. Возможно так же проведение когнитивно-поведенческих тренингов самоконтроля, где отрабатывается умение оценивать проблемные ситуации и приобретение навыков управления когнитивными и поведенческими реакциями в этих ситуациях, обучение стратегиям самоподкрепления и преодоления симптомов гиперактивности.

1.7 Пальчиковые игры. Пальчиковая гимнастика «Моя семья»

Этот пальчик – дедушка,

Этот пальчик – бабушка,

Этот пальчик – папочка,

Этот пальчик – мамочка,

А вот этот пальчик – я,

Вот и вся моя семья!

1.8 Физкультминутки-игры

«Весёлые мартышки»

Текст	Описание движений
<p>Мы – весёлые мартышки, Мы играем громко слишком, Мы в ладоши хлопаем, Мы ногами топаем, Надуваем щёчки, Скачем на носочках И друг другу даже Язычки покажем. Дружно прыгнем к потолку, Пальцы поднесём к виску, Оттопырим ушки, Хвостик – на макушке. Шире рот откроем, Гримасы все состроим. Как скажу я цифру «три» – Все с гримасами замри! «Раз-два-три!»</p>	<p>Движения выполнять по содержанию текста.</p>

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

В результате проведения занятий младшие школьники с СДВГ научатся логически рассуждать, пользуясь приёмами анализа, сравнения, обобщения, классификации, систематизации; у них увеличится скорость и гибкость мышления; научатся выделять существенные признаки и закономерности предметов; научатся определять отношения между понятиями или связи между явлениями и понятиями, концентрировать, переключать своё внимание, самостоятельно выполнять задания, осуществлять самоконтроль, оценивать себя, искать и исправлять свои ошибки.

Таким образом, в созданной нами методике по развитию познавательной деятельности у младших школьников с СДВГ отражено развитие основных сфер деятельности учащихся начальных классов: учебы и игры. Разработанная методика обеспечивает повышение уровня развития познавательной деятельности у младших школьников с СДВГ, о чем свидетельствуют материалы, представленные нами в следующем параграфе.

2.3 Эффективность использования методики коррекции нарушений познавательной деятельности первоклассников с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью

На основе данных констатирующего эксперимента мы разработали методику коррекции нарушений познавательной деятельности у

первоклассников с СДВГ в условиях КГУ «Костанайский специальный комплекс «детский сад-школа-интернат» Управления образования акимата Костанайской области. Апробация данной методики проводилась в течение 1 года и 3 месяцев.

После окончания реализации методики была проведена контрольная диагностика по выявлению уровня развития познавательной деятельности младших школьников с СДВГ. Для определения эффективности проведенной работы мы использовали тот же комплекс диагностических методик, что и в констатирующем эксперименте:

1. Тест «Корректирующая проба» позволяет исследовать особенности внимания человека – устойчивость, концентрация, переключаемость, объем. Корректирующая проба Б. Бурдона может проводиться для взрослых людей, школьников, а также для детей старшего дошкольного возраста. Методика используется в группе и индивидуально.
2. Методика «Эмоциональная пиктограмма» Изотовой Е. И. для выявления особенностей эмоционального развития (когнитивно-аффективных компонентов) у детей дошкольного, младшего школьного возраста.
3. Исследование словарного запаса;
4. Методика «Последовательные картинки» А.Н. Берштейна цель которой определить способность к логическому мышлению, обобщению, умению понимать связь событий и строить последовательные умозаключения, определить уровень развития связанной речи.
5. Решение задач, цель – оценка элементарных математических представлений.

В ходе итоговой диагностики развития познавательной деятельности младших школьников с СДВГ нами были получены результаты, представленные в таблице 3.

Таблица 3 - Уровень развития познавательной деятельности младших школьников с нарушением интеллекта на контрольном этапе эксперимента

№	Имя Фамилия	№ задания					Общее кол-во баллов	Уровень развития познавательной деятельности
		1	2	3	4	5		
1	Шолпан И.	3	9	9	3	3	27	высокий
2	Сауле М.	2	4	4	1	2	13	средний
3	Карина Н.	2	3	4	1	1	14	средний
4	Ксения С.	3	8	8	2	2	23	высокий
5	Эльмира Х.	1	3	3	2	1	10	низкий
6	Сергей Н.	2	4	4	2	1	13	средний
7	Казбек А.	3	6	7	3	3	22	высокий
8	Тимур Ж.	1	3	3	1	1	9	низкий
9	Гульназ А	2	2	2	1	1	8	низкий
10	Мария П.	2	2	2	2	1	9	низкий
11	Ренат К.	2	4	5	2	1	12	средний
12	Жанар Ж.	2	3	4	3	1	16	средний
13	Арман С.	2	3	5	2	2	14	средний
14	Назира Е.	2	2	3	3	1	11	низкий
15	Ринат Ш.	1	2	2	1	1	7	низкий

Уровень развития познавательной деятельности младших школьников с СДВГ на контрольном этапе эксперимента представлен на рисунке 5.

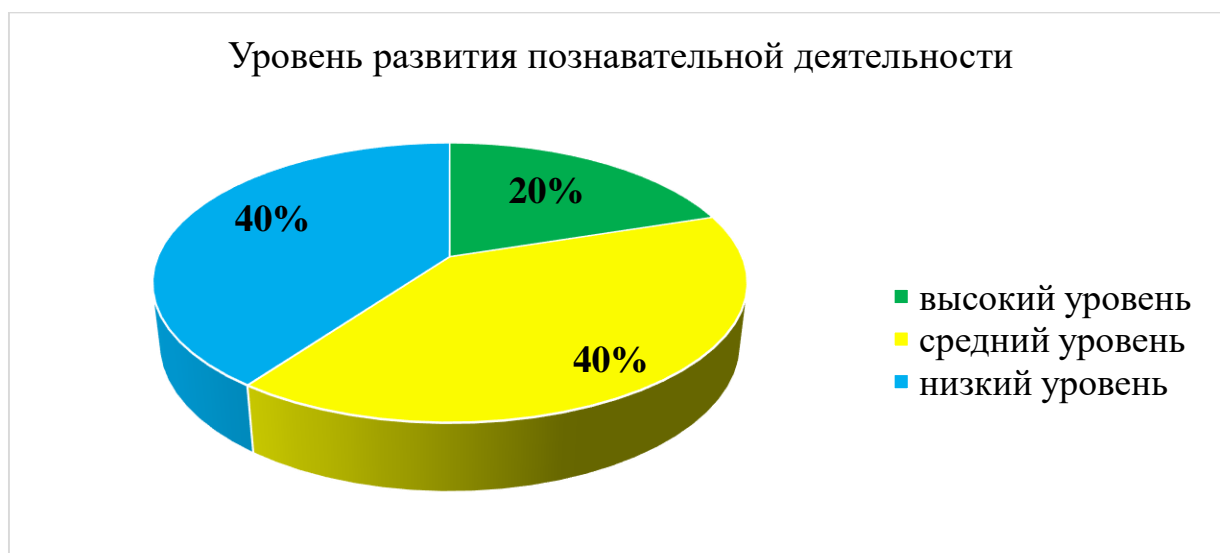


Рисунок 5 – Уровень развития познавательной деятельности младших школьников с СДВГ на контрольном этапе эксперимента

Таким образом, по результатам контрольного эксперимента у 6 учеников выявлен средний уровень развития познавательной

деятельности, 6 младших школьников с СДВГ показали низкий уровень развития познавательной деятельности, 3 учеников продемонстрировали высокий уровень развития познавательной деятельности.

Сравнительные результаты развития познавательной деятельности младших школьников с СДВГ на начало и конец эксперимента представлены на рисунке 6.

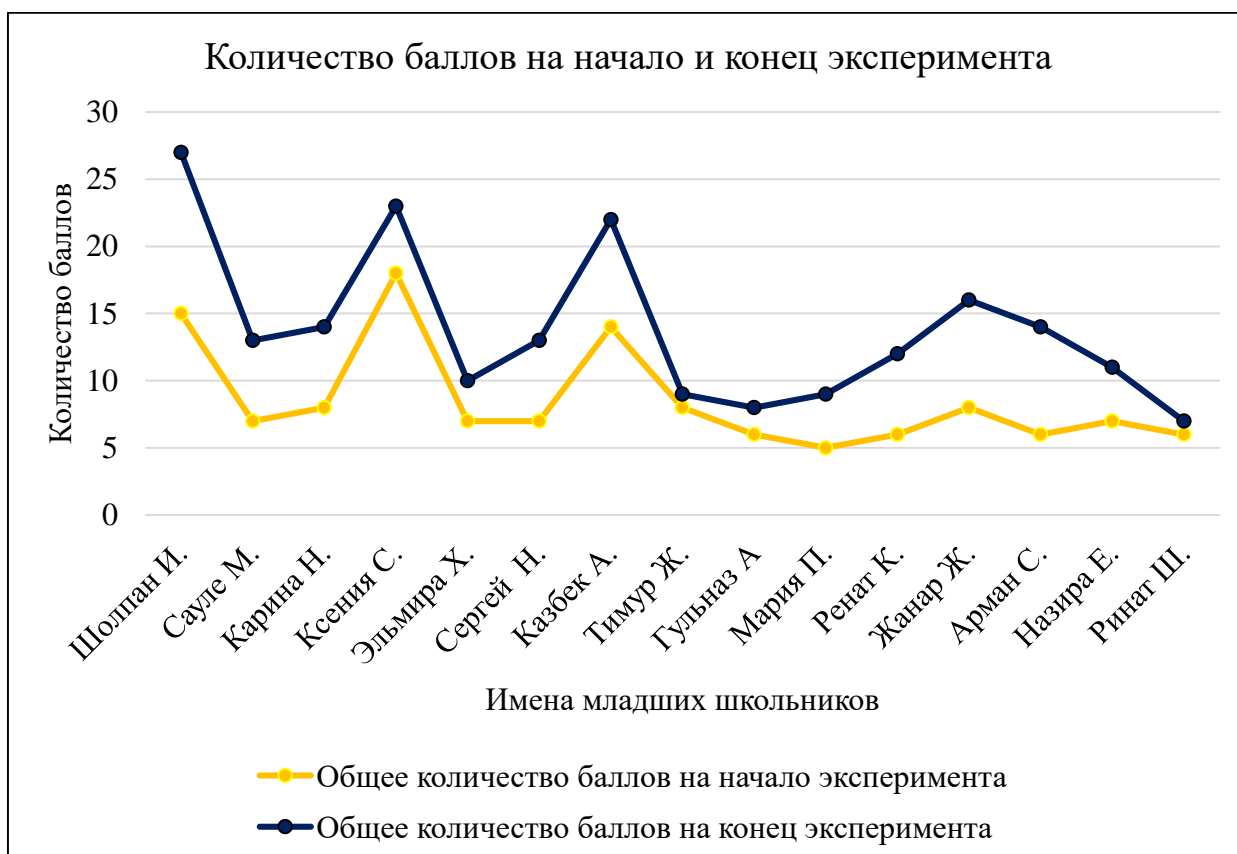


Рисунок 6 - Сравнительные результаты уровня развития познавательной деятельности младших школьников с СДВГ на начало и конец экспериментального исследования

Сравнительный анализ результатов констатирующего и контрольного этапов экспериментальной работы, показал, что уровень развития познавательной деятельности младших школьников с СДВГ стал выше, чем на начало эксперимента. Количество младших школьников со средним уровнем развития познавательной деятельности повысилось с 3 до 6 человек, 3 школьника со средним уровнем познавательной деятельности перешли на высокий уровень познавательной деятельности,

количество детей с низким уровнем развития познавательной деятельности понизилось на 50% и составило 6 человек.

Результаты итоговой диагностики в их сравнении с результатами констатирующего эксперимента показали позитивные изменения в повышении уровня развития познавательной деятельности младших школьников с СДВГ. После реализации методики, учащиеся имеют положительную динамику развития зрительной произвольной и непроизвольной памяти, словесно-логического мышления, внимания и речи.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что занятия, проведенные в рамках формирующего эксперимента, привели к положительным результатам в активизации познавательной деятельности; в формировании осознанного отношения к деятельности.

Выводы по второй главе

Базой исследования выступает Коммунальное государственное учреждение «Костанайский специальный комплекс «детский сад-школа-интернат» Управления образования акимата Костанайской области.

В результате выполненного экспериментального исследования проблемы коррекции нарушений познавательной деятельности у младших школьников с СДВГ нами были решены поставленные задачи и сделаны следующие выводы:

1. Проведенное исследование убедительно доказало, что практически все исследуемые компоненты познавательной деятельности младших школьников с СДВГ находятся на низком уровне развития, а также указало на необходимость разработки методики коррекции нарушений познавательной деятельности младших школьников с СДВГ. Особое внимание в которой следует уделить развитию памяти, мышления, речи, внимания.

2. Основными целями коррекционной работы при СДВГ являются: оказание детям медицинской, психологической, педагогической, логопедической и социальной помощи, обеспечение максимально полной и ранней социальной адаптации, общего и профессионального обучения. Очень важно развитие позитивного отношения к жизни, обществу, семье, обучению и труду. Эффективность лечебно-педагогических мероприятий определяется своевременностью, взаимосвязанностью, непрерывностью, преемственностью в работе различных звеньев. Лечебно-психолого-педагогическая работа должна носить комплексный характер. Важное условие комплексного воздействия - согласованность действий специалистов различного профиля: невропатолога, психоневролога, врача ЛФК, логопеда, дефектолога, психолога, педагога. Необходима их общая позиция при обследовании, лечении, психолого-педагогической коррекции.

3. Нами разработана методика коррекции нарушений познавательной деятельности у младших школьников с СДВГ, которая отражает основные сферы деятельности младших школьников с СДВГ: учебы и игры.

4. Сравнительный анализ результатов констатирующего и контрольного этапов экспериментальной работы, показал, что уровень развития познавательной деятельности младших школьников с СДВГ стал выше, чем на начало эксперимента. Количество младших школьников со средним уровнем развития познавательной деятельности повысилось с 3 до 6 человек, 3 школьника со средним уровнем познавательной деятельности перешли на высокий уровень познавательной деятельности, количество детей с низким уровнем развития познавательной деятельности понизилось на 50% и составило 6 человек.

5. Результаты итоговой диагностики в их сравнении с результатами констатирующего эксперимента показали позитивные изменения в повышении уровня развития познавательной деятельности младших

школьников с СДВГ в условиях коррекционной школы. После реализации методики, учащиеся имеют положительную динамику развития зрительной произвольной и непроизвольной памяти, словесно - логического мышления, внимания и речи.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что занятия, проведенные в рамках формирующего эксперимента, привели к положительным результатам в активизации познавательной деятельности; в формировании осознанного отношения к деятельности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

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.

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 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.

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.

Важным звеном в психокоррекции детей с синдромом дефицита внимания является изменение поведения взрослых (родителей и учителей). Например, тренинг родительской компетентности. Задачами такого тренинга являются преодоление непослушания и устранение вызывающего поведения ребенка, адаптация к эмоциональным трудностям, вызванным воспитанием ребенка с СДВГ, контроль над ситуацией, защита других членов семьи от воздействия неблагоприятных факторов.

Очевидно, что семьи, имеющие детей с синдромом дефицита внимания, нуждаются не только в медицинской помощи, адресованной больному ребенку, но и в психологической коррекции. Семейная терапия должна быть направлена на коррекцию межличностных отношений и устранение эмоциональных расстройств в семье, способствовать сохранению сложившихся связей, развивать их и переводить на более высокий уровень функционирования.

Для достижения данных целей возможно использование системного подхода в семейной психотерапии. Можно выделить ряд ее этапов: семейный диагноз (диагностический этап), ликвидация семейного конфликта, реконструктивный этап, поддерживающий этап. Достижение редукции клинической симптоматики без адекватной по интенсивности и продолжительности фармакотерапии затруднено. В настоящее время в России существует только один препарат, специально предназначенный для лечения СДВГ, обладающий патогенетически направленным терапевтическим действием при этом заболевании, – атомoksetин

(страттера). Итак, дети с синдромом дефицита внимания имеют ряд проблем в обучении и взаимодействии с окружающими. Такие дети невнимательны, импульсивны и чаще всего гиперактивны.

Базой исследования выступает Коммунальное государственное учреждение «Костанайский специальный комплекс «детский сад-школа-интернат» Управления образования акимата Костанайской области.

Проведенное исследование убедительно доказало, что практически все исследуемые компоненты познавательной деятельности младших школьников с СДВГ находятся на низком уровне развития, а также указало на необходимость разработки методики коррекции нарушений познавательной деятельности младших школьников с СДВГ. Особое внимание в которой следует уделить развитию памяти, мышления, речи, внимания.

Основными целями коррекционной работы при СДВГ являются: оказание детям медицинской, психологической, педагогической, логопедической и социальной помощи, обеспечение максимально полной и ранней социальной адаптации, общего и профессионального обучения. Очень важно развитие позитивного отношения к жизни, обществу, семье, обучению и труду. Эффективность лечебно-педагогических мероприятий определяется своевременностью, взаимосвязанностью, непрерывностью, преемственностью в работе различных звеньев. Лечебно-психолого-педагогическая работа должна носить комплексный характер. Важное условие комплексного воздействия - согласованность действий специалистов различного профиля: невропатолога, психоневролога, врача ЛФК, логопеда, дефектолога, психолога, педагога. Необходима их общая позиция при обследовании, лечении, психолого-педагогической коррекции.

Нами разработана методика коррекции нарушений познавательной деятельности у младших школьников с СДВГ, которая отражает основные сферы деятельности младших школьников с СДВГ: учебы и игры.

Сравнительный анализ результатов констатирующего и контрольного этапов экспериментальной работы, показал, что уровень развития познавательной деятельности младших школьников с СДВГ стал выше, чем на начало эксперимента. Количество младших школьников со средним уровнем развития познавательной деятельности повысилось с 3 до 6 человек, 3 школьника со средним уровнем познавательной деятельности перешли на высокий уровень познавательной деятельности, количество детей с низким уровнем развития познавательной деятельности понизилось на 50% и составило 6 человек.

Результаты итоговой диагностики в их сравнении с результатами констатирующего эксперимента показали позитивные изменения в повышении уровня развития познавательной деятельности младших школьников с СДВГ в условиях коррекционной школы. После реализации методики, учащиеся имеют положительную динамику развития зрительной произвольной и непроизвольной памяти, словесно - логического мышления, внимания и речи.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что занятия, проведенные в рамках формирующего эксперимента, привели к положительным результатам в активизации познавательной деятельности; в формировании осознанного отношения к деятельности.

Таким образом, цель исследования - теоретически обосновать, разработать и апробировать методику коррекции нарушений познавательной деятельности младших школьников с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью – достигнута, поставленные задачи в рамках выпускной квалификационной работы были решены. Гипотеза нашла свое подтверждение.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Алифанова, Л.А. Роль двигательной активности на уроке [Текст] / 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 [Текст] / Т.А. Барановская. - М. - 1990. -16 с.
3. Божович, Л.И. Проблемы формирования личности: избранные психологические труды [Текст] / Л.И. Божович. – М.: Ин-т практической психологии; Воронеж: МОДЭК, 1995. - 352 с.
4. Брызгунов, И.П. Дефицит внимания с гиперактивностью у детей / И.П. Брызгунов, Е.В. Касатикова. - М.: Медпрактика. - 2002.
5. Брылева, О.А. Психолого-педагогическая коррекция детей и подростков: учебно-методическое пособие [Текст] / 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 [Текст] / 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 [Текст] / О.Т. Букеев. – СПб.: Питер, 1998. – 165 с.
8. Бутакова, Л.А. Развитие произвольного внимания младших школьников [Текст] // Инновации в начальной школе: Материалы научно-практической конференции. 24-25 сент. 2002 г / Л.А. Бутакова, Л.Н. Смирнова. – М.: МГИПКПК. - 2002. – 144 с.
9. Выготский, Л.С. Собрание сочинений: в 6 т. Т. 3: Проблемы развития психики [Текст] / Л.С. Выготский. – М.: Педагогика, 1983. – 367 с.
10. Гаспарова, Е.М. «Шустрики» и «Мямлики» // Дошкольное

воспитание [Текст] / Е.М. Гаспарова. - 1990. - № 4. - С. 90 - 98.

11. Гиперактивные дети: коррекция психомоторного развития [Текст] / ред. М. Пассолът. – М.: Академия, 2004. - 160 с.

12. Джинотт, Х.Д. Групповая психотерапия с детьми: теория и практика игровой терапии: пер. с англ. [Текст] / Х.Д. Джинотт. – М: Апрель Пресс: ЭКСМО-Пресс, 2001. - 272 с.

13. Добсон, А. Непослушный ребенок [Текст] / А. Добсон. – «Пенаты», «Т-Око», 1992, - С.131-149.

14. Заваденко, Н.Н. Гиперактивность с дефицитом внимания: факторы риска, возрастная динамика, особенности диагностики [Текст] / 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 [Текст] / Н.Н. Заваденко. – М.: Академия, 2005. – 256 с.

16. Запорожец, А.В. Психология действия: избранные психологические труды [Текст] / А.В. Запорожец. – М.: МПСИ, 2000. – 736 с.

17. Запятая, О.В. Диагностика сформированности коммуникативных учебных действий у младших школьников [Текст] / О.В. Запятая. - Волгоград: Учитель, 2013. - 49 с.

18. Захаров, А.И. Как предупредить отклонения в поведении ребенка [Текст] / А.И. Захаров - М., 1980. – 157 с.

19. Зимняя, И.А. Педагогическая психология: учеб. для студ. вузов [Текст] / И.А. Зимняя. – М.: Логос, 2007. - 384 с.

20. Еремеева, В.Д. Типы латеральности у детей и нейрофизиологические основы индивидуальной обучаемости [Текст] // Вопросы психологии / В.Д. Еремеева. - 1990 № 1 - С.128 - 134.

21. Истратова, О.Н. Психологическое тестирование детей от рождения до 10 лет [Текст] / 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 [Текст] / С.Е. Казаков. - М., 1987 – 20 с.

23. Кащенко, В.П. Педагогическая коррекция: исправление недостатков характера у детей и подростков [Текст] / В.П. Кащенко. – М.: Академия, 2010. – 304 с.
24. Клиническая типология синдрома дефицита внимания с гиперактивностью [Текст] / 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 [Текст] / В.А. Красов. - М., 1989 - 20 с.
26. Кэмпбелл, Р. Как на самом деле любить детей. Не только любовь [Текст] / Р. Кэмпбелл; М.В. Масимов. – М.: Знание, 1992. - 190 с.
27. Кухтерина, Г.В. Психолого-педагогическая диагностика младших школьников [Текст] / Г.В. Кухтерина, Е.А. Кукуев - Тюмень: Изд-во ТюмГУ, 2014. - 180 с.
28. Леонтьев, А.Н. Проблемы развития психики [Текст] / А.Н. Леонтьев. - 4-е изд. – М.: Изд-во МГУ, 1981. - 584 с.
29. Лютова, Е.К. Тренинг эффективного взаимодействия с детьми [Текст] / 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 [Текст] / О. Маланцева // Социальная педагогика. - 2018. - № 1. - С. 73-76.
31. Моница, Г.Б. Гиперактивные дети, психолого-педагогическая помощь [Текст] / Г.Б. Моница. – М.: Прогресс, 2007. – 237 с.
32. Мурашова, Е. Гиперактивный школьник: какой он и что его ждет? [Текст] / Е. Мурашова // Педагогическая техника. - 2019. - № 4. - С. 54 - 60.
33. Мухина, В.С. Возрастная психология: феноменология развития, детство, отрочество [Текст] / В.С. Мухина. – М.: Академия, 2003. – 456 с.
34. Мухина, В.С. Детская психология [Текст] / В.С. Мухина. - М.: Просвещение, 1985. - 272 с.
35. Окленд, В. Окна в мир ребенка: Руководство по детской психологии

[Текст] / В. Окленд. - М.: Независимая фирма «Класс», 2000. - 336 с.

36. Осипова, А.А. Общая психокоррекция [Текст] / А.А. Осипова. – М.: Сфера, 2005. - 512 с.

37. Официальный сайт КГУ «Костанайский специальный комплекс «детский сад-школа-интернат» для детей с особыми образовательными потребностями» <https://corschool.kz/o-nac/>

38. Петрунec, В. «Колыбель неврозoв». (зaмeтки вpaчeй – психоневрoлoгoв) [Тeкcт] / В. Пeтpунec, Л.Н. Тapaн. – М: Знaниe, 1988. - 190 с.

39. Профилактика детской агрессивности: теоретические основы, диагностические методы, коррекционная работа [Текст] / авт.-сост. М.Ю. Михайлина. - Волгоград: Учитель, 2014. - 116 с.

40. Психопатология детского возраста: хрестоматия [Текст] / Сост.: А.Ю. Егоров, Е.С. Иванов, Д.Н. Исаев. – СПб.: Дидактика Плюс, 2002. - 368 с.

41. Психология семейных отношений [Текст] / ред. О. А. Шаграева, А. М. Сергеев. – М.: Академия, 2008. - 368 с.

42. Раттер, М. Помощь трудным детям [Текст] / М. Раттер; ред. А.С. Спиваковская. – М.: Прогресс, 1987. - 424 с.

43. Самыгин, С.И. Психология и педагогика [Текст] / С.И. Самыгин, Л.Д. Столяренко. – М.: КноРус, 2012. - 480 с.

44. Сапогова, В.Д. Шестилетний ребенок: Вопросы и ответы [Текст] / В.Д. Сапогова - Тула: Приокс. кн. изд.-во, 1992. – 206 с.

45. Сапогова, Е.Е. Психология развития человека [Текст] / Е.Е. Сапогова. – М.: Аспект Пресс, 2021. - 460 с.

46. Семейная психотерапия [Текст] / сост.: Э.Г. Эдемиллер, Н.В. Александрова, В. Юстицкис. – СПб.: ПИТЕР, 2000. - 512 с.

47. Семенович, А.В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза: Учебное пособие [Текст] / А.В. Семенович. - М.: Генезис, 2007. - 474 с.

48. Столяренко, Л.Д. Психология [Текст] / Л.Д. Столяренко. – СПб.: Питер, 2010. - 592 с.
49. Фатихова, Л. Использование игр с предметами при работе с гиперактивными детьми [Текст] / Л. Фатихова // Дошкольное воспитание. - 2014. - № 8. - С. 94-98.
50. Филиппова, Т. Болезнь или норма? Выявление признаков СДВГ методом анкетирования [Текст] / Т. Филиппова // Школьный психолог - Первое сентября. - 2014. - № 2. - С. 24-26.
51. Фомина, А.Н. Педагогическая психология [Текст] / А.Н. Фомина, Т.Л. Шабанова. – М.: Флинта, 2011. - 320 с.
52. Хон, Р.Л. Педагогическая психология: принципы обучения [Текст] / Р.Л. Хон. – М.: Академический Проект, 2005. - 736 с.
53. Хухлаева, О.В. Основы психологического консультирования и психологической коррекции [Текст] / О.В. Хухлаева. – М.: Академия, 2021. - 208 с.
54. Чутко, Н.Я. Развитие памяти школьников на материале изучения истории [Текст] / Н.Я. Чутко. – М.: Педагогика, 1982. - 97 с.
55. Шевченко, Ю.С. Коррекция поведения детей с гиперактивностью и психопатоподобным синдромом [Текст] / Ю.С. Шевченко. - М.: ВитаПресс, 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 [Текст] / О.А. Шустова // Школьный логопед. - 2014. - № 1. - С. 21-23.
57. Эльконин, Д.Б. Детская психология [Текст] / Д.Б. Эльконин. – М.: Академия, 2004. - 384 с.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Приложение 1 – Критерии оценки уровня развития познавательной деятельности младших школьников с СДВГ

Диагностический инструментарий	Высокий уровень	Средний уровень	Низкий уровень
Внимание	<p>Дети, способные сохранить долгое время сосредоточенность в деятельности, способные отвлечься от всего постороннего.</p> <p>Дети, выявившие показатели от 0,75 до 1,0 3 балла</p>	<p>Дети, выявившие показатели устойчивости внимания от 0,5 до 0,75 2 балла</p>	<p>Дети, не способные сохранить долгое время сосредоточенность в деятельности, не способные отвлечься от всего постороннего, с показателем устойчивости внимания меньше 0,5 1 балл</p>
Память	<p>Дети, правильно воспроизводящие по собственному рисунку или записи 10 слов или сочетания 12 слов. Правильно воспроизведенным и считаются только слова, которые восстановлены по памяти буквально, или те, которые преданы другими словами, но точно по смыслу.</p> <p>8-10 баллов</p>	<p>Дети, правильно воспроизводящие от 4 до 7 слов или словосочетаний 4-7 баллов</p>	<p>Дети, не вспомнившие по своим рисункам и записям ни единого слова или не сделавшие ни к одному слову рисунка или записи.</p> <p>0-3 баллов</p>
Мышление Методика «Раздели группы»	<p>Дети, выделившие за 2,5 минуты все группы фигур: треугольники,</p>	<p>Дети, выделившие за 3 мин. все группы фигур.</p>	<p>Дети, выделившие за 3 мин. менее 3 групп фигур.</p>

Диагностический инструментарий	Высокий уровень	Средний уровень	Низкий уровень
	круги, квадраты, ромбы; красные, синие, зеленые фигуры; большие и малые фигуры. 8-10 баллов	Дети, выделившие за 3 мин. только 5-7 групп. 4-7 баллов	0-3 балла
Мышление Методика «Последовательные картинки»	Ребенок правильно располагает картинки и правильно описывает изображенные события. Возможно изменение последовательности, если оно разумно обоснованно. 3 балла	Ребенок логично выстраивает последовательность картинок, но не может ее обосновать 2 балла	Ребенок построил случайную последовательность картинок. 1 балл
Элементарные математические представления	Дети, выполнившие операцию сложения и вычитания, правильно понимающие текст задачи. Осуществляющие переход к соответствующему конечному множеству предметов (кружков, квадратов). Дети, выполнившие верно оба задания 3 балла	Дети, выполнившие верно одно задание 1-2 балла	Дети, не выявляющие умения выбрать и выполнить операцию сложения и вычитания, соответственно правильному пониманию текста задачи. Дети, пытавшиеся решить одну задачу, но число кружков и квадратов неверное. 0 баллов