

**МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ**

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева»
(КГПУ им. В.П. Астафьева)

Институт социально-гуманитарных технологий
Кафедра специальной психологии

Амельчугова Марина Сергеевна

МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ

**Особенности психического развития детей младшего школьного
возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью**

Направление подготовки 44.04.02 «Психолого-педагогическое образование»
Направленность (профиль) образовательной программы
Психолого-педагогическая коррекция нарушений развития детей

ДОПУСКАЮ К ЗАЩИТЕ:

Заведующий кафедрой

д.м.н., профессор Шилов С.Н.

(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)

21.11.18 Шилов

(дата, подпись)

Руководитель магистерской программы

(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)

к.псих.н., доцент Верхотурова Н.Ю.

21.11.18 Верхотурова

(дата, подпись)

Научный руководитель

к.м.н., Бардецкая Я.В.

(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)

21.11.18 Бардецкая

(дата, подпись)

Обучающийся

Амельчугова М.С.

(фамилия, инициалы)

21.11.18 АМ

(дата, подпись)

Красноярск, 2018

Содержание

Введение	3
Глава 1. Анализ литературы по проблеме исследования.....	10
1.1. Феномен синдрома дефицита внимания с гиперактивностью: сущность понятия, причины возникновения, основные характеристики.....	10
1.2. Особенности психического развития детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью	18
1.3. Современное состояние изученности проблемы психического развития детей младшего школьного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью	27
Выводы по первой главе.....	34
Глава 2. Эмпирическое исследование особенностей психического развития детей младшего школьного возраста с СДВГ	36
2.1. Организация, методы и методики исследования	36
2.2. Анализ результатов исследования	45
Выводы по второй главе.....	55
Глава 3. Психологическая коррекция особенностей психического развития детей младшего школьного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью	57
3.1. Научно–методологические основы коррекции психического развития детей младшего школьного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью	57
3.2. Специфика педагогической и коррекционной работы с младшими школьниками с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью	65
3.3. Контрольный эксперимент и его анализ.....	84
Выводы по третьей главе.....	93
Заключение.....	95
Список использованной литературы.....	98
Приложение.....	108

Введение

Актуальность исследования. Проблемы, связанные с недостаточной сформированностью позиции ученика у младших школьников и их социальной незрелостью в последние годы, занимают ведущее место среди причин школьной неуспешности на начальном этапе образования. Проявляется данная проблема у младших школьников, в основном, в наличии нарушений саморегуляции поведения и произвольного внимания. В свою очередь, проблемы регуляции произвольной деятельности (в том числе учебной и поведения) в этом возрасте опосредованы, как правило, различными вариантами функциональной незрелости ЦНС (Васильева А.А., 2013). Среди этих вариантов ведущее место занимает синдром дефицита внимания и гиперактивности (И.П. Брызгунов, Т.В. Волокитина, Е.А. Гусева, А.В. Гриханов, Касатикова Е.В., Подоплекин Д.Н.).

В качестве проявлений синдрома выступают несвойственные для нормальных возрастных показателей двигательная гиперактивность, дефекты концентрации внимания, повышенная отвлекаемость, импульсивность поведения, проблемы во взаимоотношениях со сверстниками и взрослыми. Распространенность СДВГ на сегодняшний день весьма высока - им страдают около 5% детей школьного возраста. При этом отмечается, что мальчики более подвержены развитию данного патологического состояния в сравнении с девочками (Габдракипова В.И., 2009). Длительные проявления указанных ведущих признаков синдрома дефицита внимания с гиперактивностью нередко приводят к формированию девиантных форм поведения и социальной дезадаптации (Донской Д.И., Егорова М.С. Захаров А.И., Кондрашенко В.Т.).

Младший школьный возраст характеризуется педагогами и психологами развитием важных фундаментальных качеств ребенка, в это время вырисовываются первые контуры характера, складывается привычный образ поведения, определенные отношения к действительности. Также

данный период отличается развитием произвольной сферы детей, которая позволяет им усваивать знания, формировать навыки и умения, столь необходимые для дальнейшего развития и социальной адаптации (Гамезо М.В., Петрова Е.В., Орлова Л.М., 2015). При этом ведущая роль отводится вниманию как психическому процессу, процессу контроля действий (Башаева Т.В., Гальперин П.Я., Васильева Н.Н., Ключева Н.В.) В этот период дети осваивают правила межличностного поведения и их эффективную трансляцию в реальную жизнь (Лисина М.И.). Развитие перечисленных процессов может быть затруднено из-за наличия у ребенка проявлений синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (Исаев Д.Н., 2011). Когнитивный дефицит у детей с СДВГ приводит к нарушениям развития речи, что в конечном итоге нарушает их способности к обучению, и приводит к школьной и социальной дезадаптации.

Актуальность исследуемой проблематики заключается в своевременной диагностике особенностей психического развития детей младшего школьного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью, с целью предотвращения возникновения ситуаций дезадаптации на начальной ступени обучения и формирования эффективного социального взаимодействия детей со сверстниками, значимыми взрослыми и родителями. С уверенностью можно утверждать, что данная проблема является одной из фундаментальных в системе наук о человеке и развитии его личности. Современные представления о структуре и генезисе индивидуальности определяют межпредметный характер исследуемой проблемы и непосредственную связь исследований в этой области с целым рядом проблем педагогической, общей и прикладной психологии, а также другими областями человекознания. Объединяя себе результаты эмпирических и теоретических исследований в области психологии и в смежных науках, данная проблема вместе с тем отражает целостную природу индивидуального развития ребенка как объекта и активного субъекта образования.

Проблема исследования. Анализ психолого-педагогической и научно-методической литературы, а также изучение практического опыта работы педагогов позволяет выявить наличие противоречия между необходимостью своевременной диагностики особенностей психического развития детей 7-8 лет с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью и недостаточным уровнем теоретической и практической разработанности данной проблематики в психолого-педагогической литературе.

Цель исследования: выявить особенности психического развития детей младшего школьного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью и разработать психолого-педагогические методы и средства по их своевременной коррекции.

Объект исследования: психическое развитие детей младшего школьного возраста.

Предмет исследования: особенности психического развития детей младшего школьного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью.

Гипотезой исследования послужило предположение о том, что особенностями психического развития детей младшего школьного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью являются следующие: недостаточный для детей данного возраста уровень общей осведомленности, недостаточный уровень сформированности мотивации к обучению и «внутренней позиции школьника», низкие показатели процессов внимания, словесно-логического мышления и речи. Психическое развитие у данных детей может быть улучшено при условии использования разработанной нами программы.

В соответствии с поставленной целью сформулированы основные **задачи исследования:**

1. На основании анализа общей и специальной психолого-педагогической литературы определить степень разработанности проблемы исследования, ее современное состояние.
2. Изучить особенности психического развития младших школьников с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью.
3. Разработать и экспериментально проверить эффективность программы по коррекции особенностей психического развития младших школьников с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью.

Методологию исследования составили: концепция о системной и динамической локализации высших психических функций (ВПФ), о прижизненном формировании ВПФ, их социогенезе (Л.С. Выготский, А.Р. Лурия); концепция А.Р. Лурии о нейропсихологическом синдроме, симптоме и факторе, дополненная и развитая его последователями (Л.И. Вассерман, Н.К. Корсакова, Л.И. Московичуте, Л.С. Цветкова); теоретические положения о видах отклоняющегося развития (Д.Н. Исаев, В.В. Ковалев, В.И. Лубовский, В.М. Сорокин, Г.Е. Сухарева).

Для проверки гипотезы и решения поставленных задач были использованы следующие **методы исследования:**

- теоретические: анализ психологической, педагогической и научно-методической литературы по проблеме исследования, планирование;
- эмпирические: психодиагностические методы, качественный и количественный анализ полученных результатов, методы статистической обработки данных.

В психологическое исследование нами были включены следующие **психодиагностические методики:**

- Методика «Беседа об отношении к школе и учению» Т.А. Нежновой.
- Методика исследования мотивации учения у младших школьников М.Р. Гинзбурга.
- «Диагностика мышления» Э. Ф. Замбацявичене.

- «Корректурная проба» Б. Бурдона.
- Диагностика уровня развития речи А.А. Реан.

Организация исследования. Базой исследования явилось муниципальное бюджетное образовательное учреждение «Средняя общеобразовательная школа № 36» (МБОУ СШ № 36) г. Красноярска. В эксперименте участвовало 30 учеников вторых классов, из них 18 мальчиков и 12 девочек. Возраст испытуемых 7 - 8 лет с диагнозом «СДВГ».

Исследование проводилось в период с 2016 г. по 2018 г. и осуществлялось **в три этапа:**

Первый этап – теоретический. Предполагает анализ общей и специальной психолого-педагогической литературы по проблеме исследования, обобщение разнообразных аспектов исследуемой проблематики; формулировку целей, задач и гипотезы исследования; планирование исследования; определение методологической основы исследования.

Второй этап – опытно-практический. В рамках реализации данного этапа исследования осуществлялось выявление особенностей психического развития младших школьников с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью, разрабатывалась программа по коррекции психического развития детей младшего школьного возраста с СДВГ.

Третий этап – обобщающий. Предполагает обработку результатов формирующего эксперимента, систематизацию и обобщение результатов исследования, формулирование выводов и заключения.

Теоретическая значимость исследования заключается в углублении и систематизации научных представлений о психическом развитии младших школьников с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью.

Практическая значимость исследования определяется тем, что данные, полученные в ходе экспериментальной работы и их качественная интерпретация, могут выступать в качестве основы для разработки и внедрения в практическую работу новых развивающих и

психокоррекционных технологий для детей группы риска по СДВГ. Полученные результаты могут быть использованы с целью психологической диагностики и коррекции психического развития детей группы риска по СДВГ.

Научная новизна исследования заключается в выявлении особенностей психического развития младших школьников с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью. Рассмотрен метод гиперкапнических тренировок на дыхательном тренажере в контексте коррекции психического развития детей с СДВГ.

Структура и объем магистерской диссертации. Работа состоит из введения, трех глав, заключения, списка использованной литературы в количестве 99 источников, 11 приложений, включает 5 таблиц и 12 гистограмм.

Структура магистерской диссертации включает следующие компоненты:

Введение, содержание которого отражает актуальность выбранной для исследования темы, состояние разработанности темы на основе обзора литературы, формулировку проблемы исследования, объект и предмет изучения. В рамках введения осуществлена постановка цели и задач исследования, сформулирована гипотеза, отражена научная новизна, теоретическая и практическая значимость исследования. Кроме того, во введении отражаются основные научные подходы к методологии исследования, методы исследования, описаны этапы внедрения материалов исследования.

Основная часть состоит из трех глав: теоретической, практической и коррекционной. В теоретической части обобщены различные взгляды на проблему влияния СДВГ на психическое развитие детей, конкретизируется понятие синдрома дефицита внимания с гиперактивностью: выявляется сущность понятия, причины возникновения, основные характеристики, анализируются и обобщаются особенности психического развития младших

школьников с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью. В практической части изучены эмпирическим путем особенности психического развития детей 7-8 лет с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью.

В коррекционной части представлены научно–методологические основы коррекции СДВГ, предложены рекомендации по коррекции психического развития детей младшего школьного возраста с СДВГ

В заключении изложены основные теоретические и практические результаты исследования в соответствии с его целью и задачами, поставленными во введении, определена степень подтверждения гипотезы.

Список использованной литературы содержит информацию о литературных источниках, которые использовались при написании работы в количестве 99 источников.

Глава 1. Анализ литературы по проблеме исследования

1.1. Феномен синдрома дефицита внимания с гиперактивностью:

сущность понятия, причины возникновения, основные характеристики

Термин «Синдром дефицита внимания с гиперактивностью» (СДВГ) изначально использовался лишь в медицинской практике. Данный феномен характеризуется средним или близким к среднему интеллектуальным уровнем, нарушением поведения от лёгкой до выраженной степени в сочетании с минимальными отклонениями в развитии центральной нервной системы, которые могут отличаться различными сочетаниями нарушений речи, памяти, контроля внимания, двигательных функций [Брызгунов И.П., 2008].

СДВГ – это полиморфный клинический синдром, главным проявлением которого является нарушение способности ребенка контролировать и регулировать свое поведение, что выливается в двигательную гиперактивность, нарушения внимания и импульсивность. Романчук И.О. делает акцент на слове «полиморфный» и считает, что нет двух одинаковых проявлений.

Медицинская точка зрения заключается в том, что СДВГ - это психиатрическое расстройство, в основе которого лежат особенности строения и функционирования головного мозга, а не плохое воспитание или другие факторы психологического или социального происхождения. Настоящая причина состоит либо в генетических факторах (в преобладающей части случаев), либо в перинатальном поражении центральной нервной системы. Именно поэтому СДВГ - это нарушение развития, а не просто «невинные» особенности темперамента ребенка, и его проявления присутствуют с раннего детства, они «встроены» в темперамент ребенка, а не приобретаются со временем и не носят временный характер. В этом СДВГ отличается от «эпизодических» психиатрических расстройств,

например, таких как депрессии, посттравматическое стрессовое расстройство и других. О расстройстве следует говорить потому, что такие черты, как гиперактивность, импульсивность и нарушения внимания выражены несоответственно возрасту ребенка, и эти черты приводят к серьезным нарушениям функционирования ребенка в основных сферах жизни [Романчук О.И., 2010].

Следует отличать СДВГ от выраженности таких темпераментных черт у детей в дошкольном возрасте, как импульсивность, гиперактивность, произвольность психической сферы, поскольку эти качества свойственны данному возрасту. У детей с так называемым «активным» темпераментом эти черты выражены сильнее. Однако если они в целом не создают для детей и их окружения больших проблем – ни в семье, ни в школе, ни в среде ровесников и не приводят к нарушениям поведения, учебы, социального развития, то об СДВГ речь не идет. СДВГ - крайнее проявление спектра «активного» темперамента, при котором гиперактивность, импульсивность и нарушения внимания выражены настолько сильно, что значительно затрудняют обучение, социальную адаптацию и в целом психологическое развитие ребенка. Это специфическая характеристика СДВГ, поскольку, в отличие от многих других расстройств, сопровождающихся аномальными проявлениями (например, галлюцинации при шизофрении), СДВГ является скорее спектральным расстройством, чрезмерным проявлением особенностей, характерных и для нормального поведения. Это создает определенные трудности в диагностике, особенно при легких формах СДВГ, ведь граница между нормой и патологией очень условна [Павлова М., 2012].

Причины и механизмы возникновения СДВГ с медицинской точки зрения описаны в трудах Л.Т. Журба, Т.Н. Осипенко, Ю.И. Барашневы, В.И. Гузевой, О.В. Халецкой, В.М. Трошина. Они считают, что в основе патогенеза СДВГ лежат повреждения развивающегося мозга в периоды неблагополучия во время беременности и родов. Другие авторы видят причины происхождения СДВГ в генетическом факторе, подтверждением

которого явилось существование семейных форм СДВГ (В.Р. Кучма, И.П. Брызгунов, Е.Л. Григоренко) [Короленко Ц.П., 2006]. Третьи исследователи считают причиной СДВГ социальный фактор (О.В. Ефименко, А.Э. Лицев, А.Д. Кошелева, Л.С. Алексеева), либо преждевременное снятие с учета ребенка, перенесшего перинатальную энцефалопатию, в сроки, когда еще не завершилось базисное развитие психомоторных функций - на втором году жизни - до завершения формирования тонкой моторики кисти, речи, так как именно дефекты этих функций определяют готовность к школе и затруднения в учебе (А.Э. Лицев, Т.Н. Осипенко) [Чутко Л.С., 2005].

Немного существует заболеваний, имеющих столь разнообразную и многочисленную терминологию. Это, по мнению целого ряда исследователей, обусловлено крайней вариабельностью симптоматики и наличием дифференцированных расстройств.

В десятом пересмотре Международной классификации болезней (МКБ-10) данное заболевание рассматривается в рубрике F.90 (гиперкинетические расстройства) как «нарушение активности и внимания». В СССР применялся термин «задержка психического развития», с 1975 года появились публикации с использованием терминов «парциальная мозговая дисфункция», «легкая дисфункция мозга» (1977) и «гиперактивный ребенок» (1978), «нарушение развития», «неправильное созревание» (1981), «синдром двигательной расторможенности», а позднее – «гипердинамический синдром» [Короленко Ц.П., 2006].

Необходимо отметить, что накопленный исследователями опыт говорит не только об отсутствии единого названия для данного патологического синдрома, но и об отсутствии единого мнения о факторах, ведущих к возникновению синдрома дефицита внимания с гиперактивностью. Как отмечает О.И. Политика многие авторы наиболее критическим периодом считают поздние стадии беременности и родов [Политика О.И., 2005]. Все факторы, вызывающие повреждения мозга у детей, были разделены на биологические (наследственные и перинатальные),

действующие до родов, в момент родов и после родов, и социальные, обусловленные влиянием непосредственного окружения. Большое число работ посвящено исследованиям, доказывающим возникновение синдрома дефицита внимания с гиперактивностью вследствие небольшого повреждения мозга на ранних этапах развития (Е.М. Бурцев, В.И. Гузева, Г.М. Савельева, Л.Г. Сичинава, О.В. Халецкая) [Заваденко Н.Н., 2018].

Считается, что возникновению СДВГ способствует асфиксия новорожденных, угроза прерывания беременности, анемия беременных, переносимость, употребление матерью во время беременности алкоголя и лекарственных препаратов и курение. Результаты исследований свидетельствуют, что интенсивное медико-психолого-педагогическое воздействие в возрасте до 3-х лет приводит к повышению уровня когнитивного развития и снижению риска развития поведенческих расстройств. Эти данные доказывают, что явные неврологические нарушения в период новорожденности и факторы, зафиксированные в интранатальный период, имеют прогностическое значение в процессе развития СДВГ в старшем возрасте [Чутко Л.С., 2004].

Большой вклад в исследование проблемы внесли работы, выдвигающие предположение о роли генетических факторов в возникновении СДВГ, доказательством которой явилось существование семейных форм СДВГ (И.П. Брызгунов, Е.Л. Григоренко, В.Р. Кучма). Наряду с биологическими факторами риска СДВГ анализируются социальные факторы, например, педагогическая запущенность, ведущая к СДВГ. Психологи И. Лангмейер, М.И. Лисина, З. Матейчик среди социальных факторов неблагополучия различают, с одной стороны, депривацию – преимущественно сенсорную и когнитивную, с другой – социальную и когнитивную. К неблагополучным социальным факторам они относят недостаточное образование родителей, неполную семью, депривацию или деформацию материнского ухода. Также следует отметить исследования О.В. Ефименко, в которой большое значение придается условиям развития ребенка в младенческом и дошкольном

возрасте. Дети, воспитанные в детских домах или в атмосфере конфликтных и холодных взаимоотношений между родителями, чаще подвержены невротическим срывам, чем дети из семей с доброжелательной атмосферой [Шевченко Ю.С., 2007].

Однако, как пишет О.И. Политика: «Исследователи еще не располагают убедительными доказательствами приоритета физиологических, биологических или социальных факторов при формировании подобных изменений высших отделов мозга, являющихся основой синдрома дефицита внимания с гиперактивностью» [Политика О.И., 2005]. Более того, Д. Маттнер отмечает, что в настоящее время подвергается критике растущая «медицинизация» проблематики, когда индивидуальная особенность в поведении интерпретируется как болезнь, которая подлежит только медицинскому лечению [Сиротюк А., 2007].

Комплексный подход к диагностике СДВГ подразумевает получение объективных, в том числе количественных показателей заболевания на основе использования соответствующих клинических, психологических и инструментальных (нейрофизиологических) методов диагностики.

В качестве основных симптомов СДВГ выступают следующие [Сухотина О.А., 2007]:

Нарушения внимания (синдром дефицита внимания). Одно из наиболее важных расстройств обучаемости. Дети с активным и пассивным вниманием не могут сосредоточиться на уроках, легко отвлекаются на посторонние факторы. Они часто переходят от одного вида деятельности к другому, не хотят играть, небрежны и поспешны. Их вещи раскиданы и часто перемещаются с места на место. Они не любят выполнять домашние задания, постоянно отвлекаясь на еду, туалет и т.д. У некоторых пациентов взгляд отстранен, блуждает, и даже глядя на учителя, больной его не слышит: создается ощущение, что мыслями он где-то далеко.

Гиперактивность. Это еще один распространенный симптом. При гиперактивности у ребенка значительно увеличена активность, он может что-

то придумывать, постоянно бегая взад и вперед, не в силах усидеть в классе. На уроках больной крутится и ерзает на стуле, может даже встать или подложить под себя ногу. Гиперактивный ребенок — разговорчивый, шумный, смутяня, он нарушает дисциплину в классе, чтобы привлечь внимание.

Есть два типа гиперактивности:

- устойчивая гиперактивность - такое поведение стабильно и дома, и в школе
- ситуативная гиперактивность - проявляется только в определенных ситуациях (в основном в школе).

Импульсивность. У детей с СДВГ перепады настроения, раздражительность, своеволие, слабый самоконтроль преобладают над другими качествами. Они чувствительны к внешним раздражителям и уязвимы к неудачам, часто совершают поступки, не задумываясь о последствиях.

Трудности в обучении. Это синдром дефицита внимания школьников. Плохие успехи у детей с синдромом гиперактивности и недостатком внимания связан с вышеназванными симптомами, при этом интеллект у них абсолютно нормальный. Чем выше уровень интеллекта, тем быстрее и легче преодолеваются трудности в учебе.

Расстройства нервной системы. Около половины детей с СДВГ наблюдаются у невропатологов в связи со следующими симптомами: неадекватные вращения телом, неуклюжесть, несогласованные действий, невозможность ходить по прямой линии, сосание пальца и постоянное ковыряние в носу, слабая мелкая моторика, нарушения сна и др.

Обязательными характеристиками симптомов СДВГ являются [Бухтояров И., 2016]:

- продолжительность: симптомы отмечаются на протяжении не менее 6 месяцев;

- постоянство, распространение на все сферы жизни: нарушения адаптации наблюдаются в двух и более видах окружающей обстановки;
- выраженность нарушений: существенные нарушения в обучении, социальных контактах, профессиональной деятельности;
- исключаются другие психические расстройства: симптомы не могут быть связаны исключительно с течением другого заболевания.

В зависимости от преобладающих симптомов выделяют 3 формы СДВГ [Брызгунов И.П., 2002]:

- сочетанная (комбинированная) форма - имеются все три группы симптомов (50-75%);
- СДВГ с преимущественными нарушениями внимания (20-30%);
- СДВГ с преобладанием гиперактивности и импульсивности (около 15%).

В период младенчества родители могут быть обеспокоены наличием у ребенка избыточного количества хаотичных движений. При этом, на протяжении данного периода врачами может отмечаться наличие небольшой задержки речевого развития, моторной неловкости (неуклюжести), более позднее овладение сложными движениями. В течение периода раннего возраста происходит активное развитие внимания и мнемических процессов. Одновременно происходит и возникновение первого, трехлетнего кризиса, характеризующегося яркими проявлениями негативизма, упрямства и строптивости. Со стороны ребенка наблюдается активное отстаивание собственных границ влияния на личность. Как правило, до момента поступления ребенка в детское дошкольное учреждение, родители не обращают внимания на подобные особенности его поведения. Возникновение жалоб воспитателей на расторможенность и неуправляемость ребенка, его неспособность к усидчивости и выполнению предъявляемых требований, является для родителей полной неожиданностью и побуждает обратиться к специалистам. Большинство данных «неожиданных» проявлений впоследствии объясняется наличием неспособности ЦНС

гиперактивного дошкольника осуществлять контроль своего поведения в условиях повышенных психических и физических нагрузок, возникающих в связи с новыми требованиями.

Ситуация впоследствии усугубляется в среднем и старшем дошкольном возрасте в связи с началом систематического обучения в старших и подготовительных группах ДОО. Помимо этого, данный возрастной период признается критическим в контексте созревания мозговых структур ребенка, поскольку наличие избыточных нагрузок способны провоцировать переутомление. Неуравновешенность, вспыльчивость в сочетании с заниженной самооценкой являются следствием незрелости эмоциональной сферы ребенка с СДВГ. Перечисленные признаки могут также сочетаться с наличием тиков, головных болей, страхов. В связи с повышенной возбудимостью общение данных детей со сверстниками и взрослыми сопровождается наличием многочисленных конфликтов, что только усугубляет имеющиеся трудности в обучении [Сухотина О.А., 2007]:

Следует отметить, что дети с СДВГ не обладают способностью предвидения последствий собственного поведения, не признают авторитет взрослого, что может впоследствии привести к созданию проблемных ситуаций, связанных с антиобщественными поступками такого ребенка. Подобное асоциальное поведение более характерно для подросткового периода, в связи с преобладанием у детей в данный период импульсивности, расторможенности и невозможности контроля над своим поведением. Однако, как показывает практика, своевременная диагностика данного заболевания и грамотная терапия в предыдущие возрастные периоды, дает положительные результаты. Постепенно, по мере роста ребенка, нарушения в нейромедиаторной системы мозга компенсируются, и часть симптомов регрессирует.

Таким образом, изучение истории интересующего нас вопроса показало, что на протяжении многих лет его решением в разных направлениях занимались многие исследователи, существовало множество

различных подходов в изучении данной патологии, при этом каждое из вышеописанных направлений откладывало свой отпечаток на разработку данной проблематики.

СДВГ – это патологическое состояние ребенка, характеризующееся нарушением способностей ребенка осуществлять контроль и регуляцию своего поведения, выражающееся в двигательной гиперактивности, нарушениях внимания и импульсивности. Отметим, что раннее выявление СДВГ и своевременное проведение терапевтических и коррекционных мероприятий с использованием имеющихся современных методов позволяет преодолеть имеющиеся трудности и достичь положительных результатов. В качестве необходимых условий для эффективного достижения положительной динамики выступают последовательность, своевременность и необходимая продолжительность оказываемой помощи. Коррекционная помощь в данной связи должна отличаться комплексным характером, объединяя разнообразные подходы психолого-педагогической коррекции, психотерапии, а также, при необходимости, медикаментозное лечение.

1.2. Особенности психического развития детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью

В последние десятилетия синдром дефицита внимания с гиперактивностью является объектом внимания специалистов разных областей научного знания – врачей, психологов, учителей, дефектологов. В настоящее время продолжается изучение факторов, влияющих на возникновение и развитие синдрома, а механизмы развития синдрома рассматривают с точки зрения генетических, нейроморфологических, нейрофизиологических, социально-психологических и других концепции. Следует отметить, что помимо триады ведущих клинических симптомов

(дефицит внимания, гиперактивность, импульсивность) для СДВГ характерны эмоциональные, поведенческие и когнитивные нарушения.

Активно изучается развитие интеллекта детей с СДВГ: проводится психофизиологический анализ интеллекта, выявляются физиологические индикаторы интеллектуальной деятельности при данном синдроме, сопоставляются отдельные показатели интеллекта. При этом большинство исследований связано с анализом когнитивных функций, которые оцениваются по наличию трудностей в обучении: трудности в освоении письма, счета, чтения, отсутствие интереса к систематическим занятиям, учебной деятельности в целом. Имеются также и исследования, в которых говорится о связи функциональных нарушений мозга при СДВГ и школьной неуспеваемости. Отмечается, что парциальные задержки развития, в т. ч. школьных навыков (письма, счета, чтения) у детей при СДВГ проявляются как несоответствие между реальной успеваемостью и той, которую можно ожидать исходя из интеллекта ребенка. Имеющиеся в литературе сведения показывают, что даже при высоких показателях интеллекта, выявляемых при психологическом тестировании, для детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью часто характерна низкая академическая успеваемость [Сухотина О.А., 2007].

Особое внимание в контексте психического развития детей с СДВГ уделяется особенностям процессов внимания. В психолого-педагогических исследованиях (Л.И. Переслени, З. Тржесоглава, Г.И. Жаренкова, В.А. Пермякова, В.М. Трошина, О.В. Халецкой, Л.Я. Ясюковой и др.) отмечаются следующие особенности внимания у детей с СДВГ:

– неустойчивость (колебания) внимания, которая ведет к снижению продуктивности, обуславливает трудности выполнения заданий, требующих постоянного контроля, свидетельствует о незрелости нервной системы. Ребенок продуктивно работает в течение 5—15 мин, затем в течение какого-то времени, хотя бы 3 — 7 мин, «отдыхает», накапливает силы для следующего рабочего цикла. В моменты «отдыха» ребенок как бы выпадает

из деятельности, занимаясь посторонними делами. После восстановления сил ребенок снова способен к продуктивной деятельности и т.д.;

- сниженная концентрация. Выражается в трудностях сосредоточения на объекте деятельности и программе ее выполнения, быстрой утомляемости. Указывает на наличие органических факторов соматического или церебрально-органического генеза;

- снижение объема внимания. Ребенок удерживает одновременно меньший объем информации, чем тот, на основе которого можно эффективно решать игровые, учебные и жизненные задачи, затруднено восприятие ситуации в целом;

- сниженная избирательность внимания. Ребенок как бы окутан раздражителями, что затрудняет выделение цели деятельности и условий ее реализации среди несущественных побочных деталей;

- сниженное распределение внимания. Ребенок не может одновременно выполнять несколько действий, особенно если все они нуждаются в сознательном контроле, т.е. находятся на стадии усвоения;

- трудности переключения с одного вида или найденного способа деятельности на другой, в отсутствие гибкого реагирования на изменяющуюся ситуацию;

- повышенная отвлекаемость. Снижение устойчивости внимания может иметь разный характер. У некоторых детей максимальное напряжение внимания наблюдается в начале выполнения задания, а по мере продолжения работы оно неуклонно снижается, у других сосредоточение внимания наступает лишь после осуществления некоторой деятельности. Для третьей группы детей характерна периодичность в сосредоточении внимания.

В основном эти дети отличаются крайней неустойчивостью внимания, легкой отвлекаемостью, слабым распределением и концентрацией внимания, они быстро утомляются на занятиях. При утомлении, дети перестают воспринимать учебный материал, в результате чего в знаниях образуются значительные пробелы, а работы пестрят множеством ошибок и исправлений

[Яковлева М.Б., 2015]. Частые переходы от состояния активности внимания и полной пассивности, смена рабочих и нерабочих настроений этой категории детей, тесно связаны с нервно-психическим состоянием детей и возникают порой без видимых причин.

Предполагается, что причиной неравномерности развития высших психических функций (ВПФ) у детей с СДВГ является нехарактерное для данного возраста и специфическое формирование функциональных систем, базирующееся на стихийном включении компенсаторных механизмов. Это приводит к тому, что при отсутствии выраженной патологии наблюдается дефицитарное развитие ряда психических функций.

Так, выделяют 4 варианта отклонений в развитии ВПФ у детей при СДВГ [Габдракипова В.И., 2009]:

Первый вариант связан с дефицитарностью базальных структур мозга, задержкой становления функциональной левополушарной доминантности и недостаточностью корково-подкорковой регуляции. Отмечается запаздывание определения ведущей руки, нарушения памяти в звене избирательности, дефицит тонической регуляции, несформированность функции произвольной регуляции и контроля (большое количество ошибок из-за невнимательности и импульсивности); в целом, опережающее развитие структурно-топографического элемента по отношению к координатной составляющей. По мере взросления характерно уменьшение симптомов и нормализация поведения.

Второй вариант характеризуется дисфункцией правого полушария в сочетании с дефицитарностью базальных (подкорковых) структур мозга. Развитие детей сопровождается периодическим усилением гиперактивности (в 5, в 9 лет). При выполнении двигательных проб нарушения чаще отмечаются в левой руке, фрагментарность восприятия проявляется при составлении рассказа по картинкам: отсутствует целостное описание и т. д. Внимание при повторяющихся действиях не снижается, но в ситуациях без правил происходит провокация возникновения гиперактивности с

элементами импульсивности. Выражена неустойчивость возрастной динамики.

Третий вариант связан с функциональной дефицитностью базальных структур мозга (замедлено формирование пространственных функций и функций блока программирования и контроля) и снижением интеллектуальных показателей. Недостаточно сформирована мелкая моторика, выражены нарушения функции регуляции и контроля, структурно-топологической и координатной составляющих пространственных представлений, мнестической деятельности в звене избирательности.

Четвертый вариант характеризуется сохранностью базальных структур мозга при выраженной несформированности регуляторных структур. Выражены нарушения регуляторных механизмов третьего структурно-функционального блока мозга, выражена недостаточность речевого программирования. У детей проявляется инертность при воспроизведении заучиваемого материала, неустойчивость социальных контактов, агрессия, слабая управляемость поведения [Безруких М.М., 2009].

Определение уровня речевого развития у ребенка с СДВГ является достаточно сложной задачей. Особенно частыми у детей с СДВГ отмечаются такие речевые нарушения, как, излишне замедленная речь, это больше свойственно детям с дефицитом внимания, или, наоборот, взрывчатость, нарушения голоса и речевого дыхания. Все эти нарушения обуславливают ущербность звукопроизводительной стороны речи, её фонации. Отмечается и заикание, оно не имеет четких возрастных тенденций, однако, чаще всего наблюдается в 5 и 7 лет. Заикание более свойственно мальчикам и возникает у них гораздо раньше, чем у девочек, и одинаково присутствует во всех возрастных группах. Помимо заикания авторы выделяют и болтливость данной категории детей.

Характеристики несформированности лексико-грамматических категорий речи у детей с СДВГ у которых выявлено ОНР очень разнородны. И в общей сложности соответствуют по степени тяжести проявления дефекта

условно выделенным уровням общего недоразвития речи и подробно описанным Р.Е.Левиной и Т. Б. Филичевой. Нарушения формирования лексики у детей с общим недоразвитием речи (ОНР) проявляются в ограниченности словарного запаса, резком расхождении объема активного и пассивного словаря, неточном употреблении слов, многочисленных вербальных парафазиях, несформированности семантических полей, трудностях актуализации словаря [Карампур Р., 2012].

Одной из выраженных особенностей речи детей с СДВГ является более значительное, чем в норме, расхождение в объеме пассивного и активного словаря. Дети с ОНР понимают значение многих слов; объем их пассивного словаря близок к норме. Однако употребление слов в экспрессивной речи, актуализация словаря вызывают большие затруднения. Бедность словаря проявляется в том, что дошкольники даже шестилетнего возраста не знают многих слов: названий ягод, цветов, диких животных, птиц, частей тела и частей предмета и др. Особенно большие различия между детьми с нормальным и нарушенным речевым развитием наблюдаются при актуализации предикативного словаря (глаголов, прилагательных). У дошкольников выявляются трудности в назывании многих прилагательных, употребляющихся в речи их нормально развивающихся сверстников. В глагольном словаре преобладают слова, обозначающие действия, которые ребенок ежедневно выполняет или наблюдает. Нарушение формирования лексики у этих детей выражается как в незнании многих слов, так и в трудностях поиска известного слова, в нарушении актуализации пассивного словаря [Перепада О.М., 2013].

Характерной особенностью словаря детей является неточность употребления слов, которая выражается в вербальных парафазиях. Среди многочисленных вербальных парафазий, у этих детей наиболее распространенными являются замены слов, относящихся к одному семантическому полю. Замены прилагательных свидетельствуют о том, что дети не выделяют существенных признаков, не дифференцируют качества

предметов. Распространенными являются, например, такие замены: высокий - длинный, низкий - маленький, узкий - маленький, короткий - маленький, пушистый - мягкий.

Дети с СДВГ характеризуются педагогами, медиками и психологами низкой эмоциональной устойчивостью, общей лабильностью, преобладанием в поведении аффективных и импульсивных реакций, низким уровнем самоконтроля и саморегуляции. Особое внимание следует обратить на особенности эмоциональной сферы детей СДВГ, оказывающие влияние на процесс межличностного взаимодействия. Таковыми являются проявления социальной тревожности, неуверенность детей в себе, неадекватная самооценка – все это отрицательно влияет на поведение ребенка в коллективе, контроль собственных действий и особенности процесса межличностного общения [Ясницкая В. Р., 2014].

Наиболее ярко выражено проявление симптомов СДВГ у детей 7-8 лет - младшего школьного возраста. Этот аспект требует особого внимания, поскольку данный возраст является сенситивным не только для развития мыслительных процессов, но и для формирования эффективных социальных взаимоотношений. Отметим, что до момента поступления в школу проблемы в межличностном взаимодействии детей с СДВГ определяются импульсивностью дошкольников, их двигательной расторможенностью и недостаточным уровнем самоконтроля. Переход в младший школьный возраст добавляет к выше указанным характеристикам дополнительные факторы, оказывающие негативное влияние на процесс социального взаимодействия: заниженную самооценку, повышенный уровень тревожности, демонстративность, конфликтность – это, собственно говоря, защитные механизмы, сформированные у младшего школьника к данному периоду. Таким образом, проблема межличностного взаимодействия у младших школьников с СДВГ возникает на основе не поведенческой, а в большей степени личностной дезадаптации в новой социальной ситуации [Шевченко Ю.С., 2007].

Развитие данного вопроса находит свое отражение в работах Н.Н.Заваденко, констатирующего у детей с СДВГ определенных нарушений в процессе формирования механизмов приспособления к новым условиям обучения. Эти нарушения могут являться частным проявлением нарушений способности общей психической адаптации. Кроме наличия личностной дезадаптации, автор отмечает у детей с СДВГ наличие нарушений социального взаимодействия, что впоследствии может привести к возникновению проявлений социальной дезадаптации [Заваденко Н.Н., 2018].

Уже в начальной школе данные проблемы видны как учителю, так и сверстникам детей с СДВГ, что не может не сказываться на реакции окружающих. Дети с синдромом СДВГ не могут соблюдать дистанцию в процессе общения, способны достаточно бестактно высказываться, не взирая на окружающую обстановку и присутствующих людей. Результатом подобного поведения становится негативная реакция учителей и агрессивные проявления сверстников. При этом, трудности в коммуникации у школьников с СДВГ наблюдаются как на микросоциальном, так и на макросоциальном уровне. Факты несоблюдения правил общественного поведения детьми с СДВГ, несоответствие социальному ожиданию окружающих, как правило, вызывают недовольство и непонимание людей.

У детей данной категории, в силу их особенностей, наблюдается не только двигательная расторможенность, но и вербальная. Зачастую они могут выступать инициатором социального контакта, но вскоре их действия начинают характеризоваться чрезмерным реагированием на любой раздражитель, что не соответствует содержанию ситуации с точки зрения обычного ребенка и взрослого. Таким образом, можно отметить, что дети с СДВГ не улавливают оттенков межличностного взаимодействия, и их не интересуют социальные ожидания окружающих [Габдракипова В.И., 2009].

Анализ психолого-педагогической литературы зарубежных и отечественных авторов, позволяет нам выделить основные факторы, которые в большей степени определяют проблемы младших школьников с СДВГ.

Первый фактор. Дети не способны длительное время удерживать ситуацию коммуникативных контактов, не эффективно общаются, не способны устанавливать длительные дружеские взаимоотношения со сверстником. В детском коллективе от него исходит постоянное беспокойство: шумит без причины, мешает детям участвовать в игровой и учебной деятельности, без разрешения берет чужие вещи.

Второй фактор. Проявления чрезмерной эмоциональности и неумение считаться с интересами других также весьма затрудняет процесс межличностного взаимодействия. Это объясняется отсутствием навыков сформированного произвольного поведения и импульсивностью ребенка с СДВГ. Первоначально сверстники пытаются с ним общаться, но вскоре отказываются, мотивируя это непредсказуемостью (излишней эмоциональной лабильностью) «особенного» ребенка.

Третий фактор, заслуживающий внимания исследователей в аспекте рассматриваемой проблемы, - негативистическая демонстративность. С одной стороны, - это защитный механизм, оберегающий от тревожного состояния вследствие отвержения, а с другой – привычный и наиболее доступный для ребенка с СДВГ способ установления социальных контактов.

Четвертый фактор влияет на особенности отношений со взрослыми людьми. Социальное общество устанавливает свои правила, в соответствии с которыми даже от гиперактивного ребенка требуется более предсказуемое, стабильное и эффективное поведение, чем то, которое демонстрирует ребенок с СДВГ. Такой ребенок не может регулировать свое поведение в соответствии с ситуацией, и несоответствие социальным ожиданиям довольно часто приводит к взрывному и абсолютно непредсказуемому поведению. Как результат – возникновение дисбаланса между социальными ожиданиями и поведением ребенка, что неизбежно приводит к нарушениям взаимодействия с учителями.

Пятый фактор - особенности взаимоотношений в семье. Известно, что первый опыт успешного взаимодействия с социумом ребенок получает в

семье, т. е. родители являются источником первичной социализации. В семье, воспитывающей ребенка с СДВГ, возникает много трудностей как на уровне бытового взаимодействия (соблюдение режима дня, четкое выполнение поручений, планирование своей деятельности), так и на более глубоком уровне межличностного общения. Проблемы социального взаимодействия нередко возникают и в связи с низким уровнем психолого-педагогической компетентности родителей. Это приводит к появлению стресса, ослаблению адаптационных возможностей, а в дальнейшем - к трудностям во взаимоотношениях с ребенком [Давиденко Н. В., 2008].

Таким образом, необходимо отметить, что развитие и воспитание ребенка с СДВГ предъявляет особые требования к системе семейных отношений. Нарушение этих требований приводит к усилению напряжения, а затем к развитию стресса, переутомлению, чувству бессилия, и, в некоторых случаях, агрессии по отношению к ребенку.

1.3. Современное состояние изученности проблемы психического развития детей младшего школьного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью

Актуальность исследования особенностей психического развития детей младшего школьного возраста с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью в последние годы не имеет тенденции к снижению, а наоборот, привлекает все больший интерес широкого круга специалистов. В то же время, несмотря на популярность СДВГ, как предмета исследований, на ряд вопросов до сих пор не найдено однозначного ответа.

В большинстве случаев у детей с трудностями в поведении и обучении наблюдают незначительные субклинические расстройства функционирования центральной нервной системы и наиболее часто это способствует развитию синдрома дефицита внимания с гиперактивностью.

Основными проявлениями этого синдрома являются нарушения внимания (дефицит внимания), признаки импульсивности и гиперактивности. Причинами синдрома дефицита внимания с гиперактивностью чаще принято считать медицинские показатели органического происхождения (Е.Л. Григоренко, А.О. Дробинская, М.С. Егорова). Однако существует небольшое количество психолого-педагогических работ, указывающих на то, что среда и стиль взаимодействия являются тем катализатором, который проявляет врожденные недостатки, так же как и может их нивелировать (А.Я. Варга, А.И. Захаров, С.К. Ильин, А.А. Северный).

Анализ существующих коррекционных программ, методических пособий приводит нас к выводу, что это наименее разработанный раздел в системе психологической службы дошкольных образовательных учреждений, который характеризуется отсутствием целостной методики и образовательной технологии, отвечающей современным требованиям (И.В. Добрякова, С.А. Козлова, О.А. Шаграева).

Е.А. Желобовой была предпринята попытка обобщения нарушений психического развития и адаптации младших школьников с СДВГ [Желобова Е.А., 2011]. Автор считает, что выявление нарушений психического развития и социальной адаптации у детей с СДВГ в младшем школьном возрасте становится актуальной задачей, поскольку определяет «мишени» для дальнейшей психолого-педагогической коррекции, а формирование конструктивных навыков совладания позволяет улучшить саморегуляцию поведения и повысить их адаптационный потенциал в целом. Результаты исследования автора свидетельствуют о том, что у детей с СДВГ, в отличие от нормально развивающихся детей отмечаются определенные нарушения психического развития: более высокий уровень тревожности, нарушения внимания и эмоционально-волевой сферы, проблемы поведения, агрессивность, нарушения двигательного контроля, нарушения устной речи, трудности школьного обучения, нарушения чтения и письма, церебростенический и психосоматический синдромы. Также отмечается у

детей с СДВГ более низкий уровень деятельности, социализации ($p \leq 0,001$) и школьных навыков. Учителя у детей с СДВГ достоверно дают более низкую оценку их учебным и социальным навыкам в целом и в частности - поведения, удовлетворенности жизнью, а также отмечают меньший объем усилий и времени, затрачиваемых детьми на учебу.

В целом, стиль поведения, демонстрируемый детьми с СДВГ, отличается меньшей адекватностью и большей незрелостью, в то время как их сверстники в этом возрасте уже проявляют более социально приемлемые способы решения проблем, либо отвлечения и дистанцирования от них. Это свидетельствует об отсутствии у детей с СДВГ в этом возрасте сформированных конструктивных навыков как решения проблем, так и совладания с эмоциями.

Специфика детей с СДВГ заключается в явно защитном характере поведения и отражает их неумение регулировать свои эмоции и поступки: возникающие вспышки агрессивности, особенно когда меняющаяся ситуация требует быстрой адаптации или подчинения, приводят к конфликтам и создают им плохую репутацию. Таким образом, выраженность социальных проблем у детей с СДВГ во многом обусловлена отсутствием или несформированностью у них функциональных, конструктивных навыков совладания, которые обеспечивали бы им психическую адаптацию. В связи с этим у детей данной категории формирование адекватных форм совладания выступает в качестве приоритетной задачи.

М.И. Гордиевич в своих исследованиях также анализировала особенности развития психических функций у детей со смешанным типом синдрома дефицита внимания и гиперактивности, а также представила результаты использования системы интенсивной нейрофизиологической реабилитации В.И. Козьявкина (СИНР) для реабилитации этой категории пациентов [Гордиевич М.И., 2016].

По результатам исследования автора, особенности психического развития детей со смешанным типом СДВГ заключаются в том, что на фоне

нормативных показателей интеллекта у них имеет место недостаточность сформированности ряда психических функций, прежде всего, произвольной регуляции психической деятельности, произвольного внимания, речи, произвольной двигательной активности, перцептивно-гностической и эмоциональной сфер. Основными для данного клинического типа СДВГ являются нарушения процессов произвольной регуляции психической деятельности и произвольного внимания. Нарушения произвольной регуляции у этих детей выражаются в виде повышенной отвлекаемости, импульсивности, снижения самоконтроля над поведенческими и эмоциональными проявлениями, чрезмерной двигательной активности, неусидчивости. Типичная для них несформированность процессов произвольного внимания проявляется в виде сужения его объемов, недостаточности его концентрации, переключения и распределения. Для детей с СДВГ характерны полиморфные эмоциональные нарушения в виде эмоциональной лабильности, повышенной возбудимости, раздражительности и прочее. Также у них отмечается выраженная истощаемость уровня умственной работоспособности. Отмечается отставание развития речи от возрастных норм, которые проявляются в виде ускоренного ее темпа, недостаточности словарного запаса, нечеткости артикуляции.

Помимо выявления особенностей психического развития детей с СДВГ в исследовании продемонстрировано применение системы интенсивной нейрофизиологической реабилитации позволило значительно снизить выраженность основных симптомов СДВГ у детей, а также способствовало повышению уровня их интеллектуального развития, улучшению мнестических функций, эмоционального состояния и социально-психологической адаптации в целом.

Труфановой Г.К. анализируются проблемы социальной адаптации младших школьников с СДВГ. Автором описаны особенности адаптации к условиям образовательной организации, обусловленные психологическими механизмами возникновения школьной дезадаптации с учетом ее

когнитивного, личностного и поведенческого компонентов. Представлены результаты экспериментального изучения на основе длительного систематического наблюдения. Обнаружено, что у обучающихся с СДВГ отмечаются трудности адаптации к образовательной организации во всех сферах жизнедеятельности: учебная деятельность, личностное развитие и межличностные отношения. Помимо проблем социальной адаптации, в младшем школьном возрасте у детей появляются и негативные качества личностного развития. Обозначена необходимость организации специального психолого-педагогического сопровождения изучаемой категории детей в образовательных организациях [Труфанова Г.К., 2015].

В результате исследований были получены следующие данные: в возрасте 7–8 лет у большинства обучающихся отмечается низкий уровень адаптации. Учителя и воспитатели, занимающиеся с детьми экспериментальной группы, отмечают своего рода отрицательную динамику в развитии детей с СДВГ. Помимо импульсивности, к 9–10 годам у детей наблюдаются негативные качества личностного развития, которые при поступлении в школу отмечены не были: тревожность, неуверенность в себе, конфликтность, агрессивность. Таким образом, данное исследование показало, что проблемы социальной адаптации и личностного развития детей младшего школьного возраста с СДВГ имеют не менее важное значение, чем клинические аспекты данного нарушения. В связи с этим необходимо подчеркнуть значимость не только медицинского сопровождения детей с СДВГ, но и специальной организации оказания им психолого-педагогической помощи.

Исследования Яковлевой М.Б. позволяют также выделить определенные особенности психического развития детей с СДВГ. По мнению автора Синдром дефицита внимания и гиперактивности у младших школьников является сложным мультифакториальным нарушением, в структуре которого помимо поведенческих расстройств лежат когнитивные

(гностические, мнестические, речевые и мыслительные) и двигательные нарушения [Яковлева М.Б., 2011].

Нарушения гностических функций при синдроме дефицита внимания и гиперактивности проявляются в сложности восприятия целостного образа предмета и недостаточном развитии холистической стратегии обработки зрительной информации. Имеются трудности в воспроизведении пространственной структуры объекта при необходимости его копирования с образца, а в области слухового восприятия - трудности в воспроизведении ритмического рисунка при его предъявлении на слух.

Нарушения мнестических функций при синдроме дефицита внимания и гиперактивности отмечаются преимущественно в звене зрительной памяти и проявляются в виде разнообразных искажений пространственного, структурного и регуляторного характера при воспроизведении заданных эталонов. Речевые трудности у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности отмечаются в логико-грамматическом аспекте речи и характеризуются недостаточным пониманием пространственных отношений, выраженных в речевой форме. Также у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности проявляется несформированность пространственных действий в рамках собственного тела, кинетического аспекта движений, зрительного восприятия, оптико-пространственных представлений (в том числе и на мнестическом уровне), способности воспринимать и воспроизводить целостную ритмическую структуру, пространственных представлений, выраженных в речевой форме.

Таким образом, проблема изучения особенностей психического развития младших школьников с СДВГ в настоящее время является весьма актуальной для современных исследователей и ее изучение занимает важное место в современной психологической науке. Однако отечественные исследования детей с СДВГ носят во многом фрагментарный и несистематизированный характер. Исследователями не создан единый методический аппарат выявления таких детей и не отработаны объективные

критерии диагностики, мало изучены этиология и патогенез, не разработаны эффективные программы психолого-педагогической коррекции. Недостаточно внимания также уделяется выявлению особенностей высших психических функций у учащихся с гиперактивностью и учащихся с сочетанными расстройствами.

Выводы по первой главе

Анализ психолого-педагогической и медицинской литературы по проблеме исследования позволяет сделать следующие выводы:

1. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью – это патологическое состояние ребенка, характеризующееся нарушением способностей ребенка осуществлять контроль и регуляцию своего поведения, выражающееся в двигательной гиперактивности, нарушении процессов внимания и проявлениях импульсивности.

2. Первые проявления СДВГ обычно отмечаются с 3-4-летнего возраста. Но когда ребенок становится старше и поступает в школу, у него возникают дополнительные сложности, поскольку начало школьного обучения предъявляет новые, более высокие требования к личности ребенка и его интеллектуальным возможностям. Именно в школьные годы становятся очевидными нарушения внимания, а также трудности освоения школьной программы и слабая успеваемость, неуверенность в себе и заниженная самооценка.

3. Дети с синдромом дефицита внимания имеют нормальный или высокий интеллект, однако, как правило, плохо учатся в школе. Помимо трудностей обучения, синдром дефицита внимания проявляется двигательной гиперактивностью, дефектами концентрации внимания, отвлекаемостью, импульсивностью поведения, проблемами во взаимоотношениях с окружающими. Помимо того, что дети с СДВГ плохо себя ведут и слабо учатся в школе, становясь старше, они могут оказаться в группе риска по формированию девиантных и антисоциальных форм поведения, алкоголизма, наркоманий.

4. Проблема изучения особенностей психического развития младших школьников с СДВГ в настоящее время является весьма актуальной для современных исследователей и ее изучение занимает важное место в современной психологической науке. Однако отечественные исследования

детей с СДВГ носят во многом фрагментарный и несистематизированный характер. Исследователями не создан единый методический аппарат выявления таких детей и не отработаны объективные критерии диагностики, мало изучены этиология и патогенез, не разработаны эффективные программы психолого-педагогической коррекции. Недостаточно внимания также уделяется выявлению особенностей высших психических функций у учащихся с гиперактивностью и учащихся с сочетанными расстройствами.

5. Раннее выявление СДВГ и своевременное проведение терапевтических и коррекционных мероприятий с использованием имеющихся современных методов позволяет преодолеть имеющиеся трудности и достичь положительных результатов. В качестве необходимых условий для эффективного достижения положительной динамики выступают последовательность, своевременность и необходимая продолжительность оказываемой помощи.

Глава 2. Эмпирическое исследование особенностей психического развития детей младшего школьного возраста с СДВГ

2.1. Организация, методы и методики исследования

С целью изучения особенностей психического развития детей младшего школьного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью нами было проведено исследование.

Эмпирической базой для исследования послужило муниципальное бюджетное образовательное учреждение «Средняя общеобразовательная школа № 36» (МБОУ СШ № 36) г. Красноярск, располагающаяся по адресу: г. Красноярск, Ул. Сопочная, д.40.

Для констатирующего экспериментального исследования была проведена выборка среди младших школьников **по следующим критериям:**

- Схожесть показателей возраста (в исследовании принимали участие дети в возрасте 7-8 лет);
- Схожесть клинической картины нарушения (все дети, участвующие в исследовании, имеют диагноз «СДВГ»);
- Обучение в одной параллели (для исследования были отобраны дети, среди учеников 2 «А» и 2 «Б» класса).

Таким образом, для экспериментального изучения особенностей психического развития детей младшего школьного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью среди обучающихся в МБОУ СШ №36 было отобрано 30 учащихся. Среди них, 18 мальчиков и 12 девочек 2 «А» и 2 «Б» класса с наличием в анамнезе диагноза «СДВГ». Биологический возраст испытуемых на момент исследования составил от 7 до 8 лет.

В ходе исследования мы гипотетически предположили, что особенностями психического развития детей младшего школьного возраста с синдромом СДВГ являются: недостаточный для детей данного возраста уровень общей осведомленности, несформированность мотивации к

обучению и «внутренней позиции школьника», низкие показатели процессов внимания, словесно-логического мышления и речи.

Процесс исследования особенностей психического развития детей младшего школьного возраста с синдромом СДВГ проходил в три этапа: **подготовительный, основной и заключительный.**

В рамках реализации **подготовительного этапа** были: изучены анамнестические данные учащихся, проанализированы медицинские карты, личные дела, психологические заключения на учащихся; проведены ознакомительные беседы с педагогами и психологом.

В период **основного (экспериментально-диагностического) этапа** были использованы следующие методы:

Прямое неспровоцированное констатирующее наблюдение. Его сущность в исследовании заключалась в том, чтобы точно и полно фиксировать факты, которые в дальнейшем позволили более объективно оценить результаты проведённого исследования. Наблюдая за поведением и особенностями развития детей во время уроков и внеклассных мероприятий.

Большое значение для исследования оказала вербально-коммуникативная группа методов. Метод беседы, использовался с целью «введение детей в эксперимент». Изначально, установив контакт с педагогами и психологом, а затем с испытуемыми, проведя предшествующую экспериментальной диагностики индивидуальную беседу с каждым ребёнком, принимавшем участие в исследовании. В ходе беседы были применены вопросы, рекомендованные СОИП и ПКК с целью диагностики ориентировки ребенка в окружающем мире и объеме его бытовых знаний (Приложение 1).

Выявление особенностей психического развития детей младшего школьного возраста с СДВГ проходило посредством использования пяти методик. Исходя из особенностей исследуемых детей, с целью получения более объективных результатов, каждый тест проводился с 10 до 12 часов утра, индивидуально с каждым ребёнком.

Анализ педагогической и научно-методической литературы по проблеме исследования позволил определить следующие показатели психического развития младших школьников с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью:

- Сформированность «внутренней позиции школьника» (Методика 1).
- Сформированность мотивации к обучению в школе (Методика 2).
- Уровень развития словесно-логического мышления (Методика 3).
- Уровень развития внимания (Методика 4).
- Уровень развития речи (Методика 5).

На заключительном этапе была проведена интерпретация, а затем количественный и качественный анализ полученных результатов исследования.

Итак, в процессе экспериментального изучения особенностей психического развития детей младшего школьного возраста с СДВГ, были использованы нижеперечисленные методики.

Методика 1. Модифицированный вариант методики «Беседа об отношении к школе и учению» Т.А. Нежной (Приложение 2)

Цель методики: выявить наличие или отсутствие у детей младшего школьного возраста основных компонентов внутренней позиции школьника, которыми являются следующие:

а) ребенок относится к поступлению в школу или пребыванию в ней положительно, как к совершенно естественному и необходимому событию в жизни, не мыслит себя вне школы или в отрыве от нее, обнаруживает чувство необходимости учения, т.е. в ситуации необязательного посещения школы продолжает стремиться к занятиям специфически школьного содержания;

б) проявляет интерес к новому, собственно школьному содержанию занятий: 1) предпочитает занятия грамоты и счета занятиям «дошкольного»

типа (рисование, пение, физкультура, труд), 2) имеет содержательное представление о подготовке к школе;

в) отказывается от характерных для дошкольного детства ориентаций в плане организации деятельности и поведения: 1) предпочитает коллективные классные занятия индивидуальному обучению дома, 2) положительно относится к наличию общественно – принятых норм поведения (дисциплины), предпочитает общественно выработанный, традиционный для учебных заведений способ оценки его учебных достижений (отметка) другим видам поощрения, характерным для непосредственно – личных отношений (сладости, подарки и т.п.);

г) признает авторитет учителя.

Материал: набор коротких историй.

Качественный анализ:

I уровень - Позиция сформирована – внутренняя позиция имеет содержательный характер, ребенок хочет ходить в школу, ему нравится учиться. Он осознает цели, важность и необходимость учения. Проявляет познавательный интерес. Ведущая деятельность – учебная.

II уровень - Позиция сформирована средне – наличие положительного отношения к школе, возникновение ориентации на содержательные моменты школьной действительности и образец «хорошего ученика», но при сохранении приоритета социальных аспектов школьного образа жизни, по сравнению с учебными. Желание учиться заменяется установкой: «Надо учиться, должен учиться».

III уровень - Позиция школьника не сформирована – предпочтение игровой деятельности и дошкольного типа отношений, отсутствие ориентации на содержание школьно-учебной действительности, отсутствие смысловой установки принятия нового социального статуса ученика. Ребенок не осознает целей и важности учения, школа привлекает лишь внешней стороной: новые знакомства и контакты, игры, прогулки, возможности посещения школьных кружков и пр. Учебная деятельность ребенка не

привлекает, ведущая деятельность – игровая. В некоторых случаях у ребенка присутствуют негативные установки в отношении школы и учения, отсутствие желания ходить в школу.

Количественный анализ: ответ на каждый вопрос оценивается как «школьный» или «дошкольный» (соответственно «А» или «Б»). Преобладание ответов категории А свидетельствует о том, что позиция школьника сформирована (I уровень). Одинаковое количество ответов А и Б – внутренняя позиция школьника сформирована средне (II уровень). Преобладание ответов категории Б говорит о том, что позиция школьника не сформирована (III уровень).

Общий балл по методике: 2 балла – I уровень; 1 балл – II уровень; 0 баллов – III уровень.

Методика 2. Методика исследования мотивации учения у младших школьников (М.Р. Гинзбург)

Экспериментальные материалы и система оценок предложены И.Ю. Пахомовой и Р.В. Овчаровой.

Цель: изучение доминирующей мотивации учения у младших школьников.

Материал: текст рассказа и шесть сопроводительных картинок (Приложение 3).

Обработка данных: за выбор того или иного мотива начисляется определенный балл:

- внешний мотив (№1) – 0б.; - позиционный мотив (№4) – 3б.;
- учебный мотив (№2) – 5б.; - социальный мотив (№5) – 4б.;
- игровой мотив (№3) – 1б.; - мотив отметки (№6) – 2б.

По каждому мотиву, согласно протоколу, баллы суммируются.

Контрольный выбор добавляет к общей сумме количество баллов, соответствующих определенному мотиву.

Оценка и анализ результатов: доминирующая мотивация учения диагностируется по наибольшему количеству баллов. Вместе с тем надо учитывать, что ребенок может руководствоваться и другими мотивами. О несформированности мотивации учения свидетельствует отсутствие у испытуемого предпочтений, т.е. различные подходы во всех ситуациях.

Методика 3. «Диагностика мышления» Э. Ф. Замбацявичене (Приложение 4)

Цель методики: исследование уровня развития и особенностей понятийного мышления, сформированности важнейших логических операций. Оцениваемые универсальные учебные действия - познавательные логические:

- Анализ объектов с выделением существенных и несущественных признаков.
- Логические действия сравнения, классификации по заданным критериям.
- Сформированность логического действия «умозаключения», умения устанавливать аналогии.
- Сформированность умения обобщать, осуществлять генерализацию и выведение общности для ряда или класса единичных объектов на основе выделения сущностной связи.

В методику входят 4 субтеста (Приложение 4), включающих в себя 40 вербальных заданий (по 10 заданий в каждом), подобранных с учетом программного материала начальных классов.

В состав первого субтеста входят задания направленные на выявление осведомленности, требующие от испытуемых дифференцировать существенные признаки предметов или явлений от несущественных, второстепенных. По результатам выполнения некоторых задач субтеста можно судить о запасе знаний испытуемого.

Второй субтест направлен на выявление сформированности логического действия (классификация), способности к абстрагированию; состоит из заданий, представляющих собой словесный вариант исключения "пятого лишнего".

Третий субтест - задания на сформированность логического действия «умозаключения» (по решению аналогий). Для их выполнения испытуемому необходимо уметь установить логические связи и отношения между понятиями.

Четвертый субтест направлен на сформированность обобщающих понятий (подведение двух понятий под общую категорию – обобщение), выявление умения обобщать (испытуемый должен назвать понятие, объединяющее два слова, входящих в каждое задание субтеста).

Перед предъявлением контрольных десяти заданий каждого субтеста необходимо дать несколько тренировочных, для того, чтобы ввести детей в задачу, помочь уяснить суть предстоящей интеллектуальной работы. Во время выполнения контрольных заданий текст может зачитываться как самим проверяющим, так и детьми про себя. Возможно также комбинированное предъявление инструкции (сначала ее зачитывает проверяющий, затем дети повторно читают про себя). Наибольшие сложности у школьников обычно вызывает третий субтест. Инструкцию к нему нужно обязательно пояснить на разнообразных тренировочных упражнениях.

Обработка результатов. Оценка в баллах по каждому заданию получается путем суммирования всех правильных ответов по данному субтесту. Общий балл сравнивается с максимально возможным баллом по данному тесту в целом (он составляет 40 баллов), и в соответствии с ним устанавливается уровень развития словесно-логического мышления школьников:

40 баллов – 30 баллов. (100 %—75 %) - высокий уровень развития;

29- 20 баллов. (74 %—50 %) - средний уровень развития;

19 баллов и менее (49 %—25 %) - низкий уровень развития

Методика 4. «Корректирующая проба» Б. Бурдона

В нашем исследовании, с помощью этого теста изучалась устойчивость, объём и концентрация внимания.

Для проведения исследования потребовался стандартный бланк из диагностического альбома М.М. Семаго (Приложение 5) ручка и секундомер.

Порядок работы. После того, как выдали испытуемому бланк «корректирующей пробы» и объяснили ребёнку суть задания по следующей инструкции: «На бланке напечатаны буквы русского алфавита. Последовательно рассматривая каждую строчку, отыскивай буквы «с» и «а», и букву «с» зачеркивай, а букву «а» подчёркивай. Задание нужно выполнять быстро и точно».

На первой строчке ребёнок тренировался, а в это время, проверяла, правильно ли он понял инструкцию. Далее по команде: «Начали», он приступал к работе. Через десять минут отмечалась последняя рассмотренная буква.

При обработке полученных данных сверяла результаты в корректирующих бланках испытуемого с программой — ключом к тесту.

Основные расчетные показатели: рассчитывалась продуктивность внимания, равная количеству просмотренных букв за 10 минут, и точность (концентрация внимания), вычисленная по формуле:

$$K = m/n \cdot 100\%$$

где K - точность; m - количество правильно вычеркнутых во время работы букв; n — количество букв, которые необходимо было вычеркнуть.

С целью получения интегрального показателя устойчивости внимания, оценку точности (концентрация внимания) и продуктивности переводили в соответствующие баллы с помощью специальной таблицы.

Также рассчитывался интегральный показатель устойчивости внимания по формуле: $A = B + C$, где B и C - балльные оценки продуктивности и точности соответственно.

Нормой объёма внимания для детей 7- 8 лет, считается 1000 знаков, за 10 минут, нормой концентрации за 10 минут - 14 ошибок и менее. Исходя из вышеприведённых данных, анализировался объём внимания.

Методика 5. Диагностика уровня развития речи А.А. Реан

Цель: исследование уровня развития словарного запаса, фонематического слуха, звукопроизношения, умения составлять рассказ по картинке.

В ходе исследования использовалась серия заданий (Приложение 6).

Сформированность словаря и наличие навыков связной речи. Ответы детей оценивались по следующим параметрам:

3 балла - ребенок составляет рассказ о семье из личного опыта, употребляя сложные предложения разных видов. Выразительно передает диалоги действующих лиц. Пользуется прямой и косвенной речью.

2 балла - рассказывает по сюжетной картинке, редко употребляя сложные предложения. С помощью дополнительных примеров воспитателя ребенок подбирает концовку. Пересказывает литературный текст с опорой на иллюстрации. Не пользуется прямой и косвенной речью.

1 балл - ребенок затрудняется рассказать по картинке и из личного опыта. Затрудняется в придумывании концовок к сказкам, даже при помощи воспитателя. Делает существенные пропуски при пересказе, демонстрирует отдельные эпизоды

Грамматический строй речи. Ответы детей оценивались по следующим параметрам:

3 балла - ребенок без затруднений подбирает ко всем существительным по 2-3 и более прилагательных, заменяет слово другим со сходным значением.

2 балла - ребенок затрудняется в подборе прилагательных, называет к каждому существительному не более одного прилагательного. В подборе синонимов требуется дополнительная инструкция (примеры), подбирает не более 1-2 синонимов.

1 балл - ребенок не может подобрать правильно прилагательные и синонимы к заданным словам

Звуковая культура речи. Ответы детей оценивались по следующим параметрам:

3 балла - ребенок без ошибок определяет место звука в слове.

2 балла - ребенок без ошибок определяет место звука в начале слова, допускает ошибки при определении звука в середине или в конце слова.

1 балл - ребенок допускает большое количество ошибок

На этапе обработки подсчитывается общее количество баллов, полученных ребенком за 3 задания. В результате определяется принадлежность к одному из уровней развития речи:

Высокий уровень - 8-9 баллов

Средний уровень - 5-7 баллов

Низкий уровень – 3-4 балла

2.2. Анализ результатов исследования

Реализация подготовительного этапа исследования: анализ личных дел, медицинских карт, психологических заключений на учащихся 2-х классов, позволила провести выборку испытуемых для исследования.

В ходе вводной беседы с детьми по вопросам, рекомендованным СОИП и ПКК, выявлено следующее:

Лишь 15 % младших школьников с СДВГ продемонстрировали высокий уровень осведомленности и ориентировки в окружающем мире. Дети четко знают свое имя, фамилию и отчество, возраст, домашний адрес, имена родителей и их профессию. Безошибочно ориентируются во времени и пространстве, знают признаки и особенности времен года, различают и называют диких и домашних животных. Речь развитая, полные ответы на вопросы, грамотное построение предложений. Дети находятся в процессе активного освоения окружающего мира, проявляется потребность в познавательной деятельности.

40 % младших школьников с СДВГ продемонстрировали средний уровень осведомленности и ориентировки в окружающем мире. Дети называют свое имя и фамилию, знают свой возраст и домашний адрес, имена родителей. Иногда путаются в профессиях родителей, не могут объяснить суть современных профессий: менеджер, логист и пр. Иногда испытывают затруднения при ориентации во времени и пространстве, знают, но иногда путают признаки и особенности времен года, различают и называют диких и домашних животных. При указании на ошибку исправляют ее на верный вариант ответа. Речь недостаточно развитая, не всегда полные ответы на вопросы, предложения могут строиться с ошибками.

У 45 % младших школьников с СДВГ в ходе вводной беседы обнаружен низкий уровень осведомленности и ориентировки в окружающем мире. Дети называют свое имя и фамилию, знают свой возраст и домашний адрес, имена родителей. Не знают профессии и места работы родителей. Плохо ориентируются во времени и пространстве, ошибаются при указании признаков и особенностей времен года, путаются при различении диких и домашних животных. При указании на ошибку не всегда исправляют ее на верный вариант ответа. Речь недостаточно развитая, преобладают односложные ответы на вопросы.

Анализ наблюдений за детьми в ходе уроков и внеклассных мероприятий показал, что все учащиеся, отобранные для экспериментального

исследования, проявляют повышенную отвлекаемость на предметы, не относящиеся к учебной деятельности, не способны удерживать внимание на учителе более 5 - 8 минут. Ввиду этого можно сделать вывод о том, что у детей в большинстве своем имеются определенные поведенческие трудности, не сформирована функция контроля за собственной деятельностью и произвольность поведения.

По результатам проведения методики №1 «Беседа об отношении к школе и учению» Т.А. Нежнова (Приложение 7), можно сделать следующие выводы:

У 6 детей (20%) в данной группе испытуемых внутренняя позиция школьника сформирована, отличается содержательным характером. Дети хотят ходить в школу, им нравится учиться. Важность, цель и необходимость учения детьми осознается в полной мере. В качестве преобладающих выявлены учебные мотивы, присутствуют четкие представления о школе, дети способны правильно и свободно выражать их в речи, преобладает наличие социальных и учебно-познавательных мотивов обучения. К данной группе относятся дети, у которых стремление стать школьником и хорошо учиться основывается на адекватных представлениях о школе в целом.

Внутренняя позиция школьника сформирована на среднем уровне у 15 испытуемых (50%). Ответы детей свидетельствуют в положительном отношении к школе, присутствует ориентация на содержательный момент школьной действительности и позицию «хорошего ученика». При этом четко выражен приоритет социального аспекта школьного образа жизни, в сравнении с учебным. Желание учиться заменено установкой, что ребенок «должен учиться» и «нужно учиться».

У 30 % младших школьников внутренняя позиция школьника не сформирована. Предпочтение отдается игровой деятельности и дошкольному типу отношений. Отсутствует ориентация на содержание школьно-учебной действительности и смысловая установка принятия нового социального статуса школьника. Детями не осознается цель и важность, школа их

привлекает лишь внешними характеристиками: новыми знакомствами и контактами, играми, совместными прогулками, возможностью посещения школьного кружка и пр. Изредка проявляется и наличие негативных установок в отношении школы, отсутствие желания идти в школу (Рис. 1).

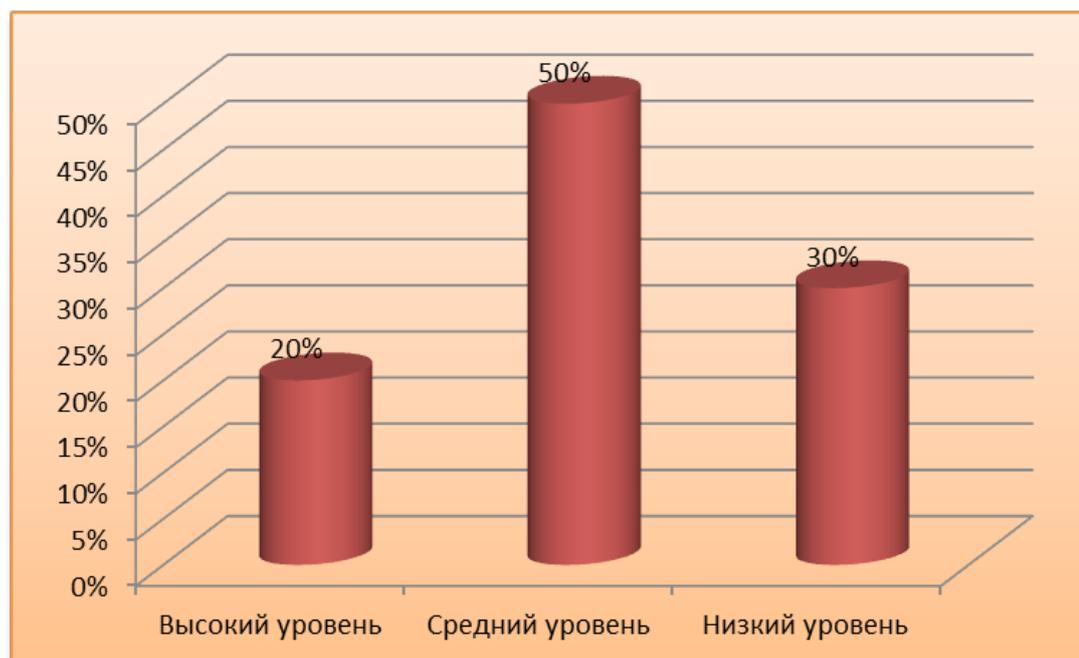


Рис. 1. Результаты изучения уровня сформированности «внутренней позиции школьника» у младших школьников с СДВГ по методике «Беседа об отношении к школе и учению» Т.А. Нежнова

Результаты диагностики (Приложение 8) по методике исследования мотивации учения у младших школьников (М.Р.Гинзбурга) говорят о следующем:

Доминирующая мотивация учения определялась по преобладающему мотиву. Если из трех выборов два мотива являются адекватными для школьного обучения (учебный, социальный, позиционный), то мотивационная готовность ребенка к школе считается сформированной. По итогам проведения данной методики можем отметить, что сформированность мотивационной готовности определяется у 36,7 % младших школьников. У испытуемых присутствуют четкие представления о школе, они способны правильно и свободно выражать их в речи, преобладает наличие социальных

и учебно-познавательных мотивов обучения. 63,3 % испытуемых в ходе проведения диагностики продемонстрировали, результаты, свидетельствующие о недостаточной степени сформированности мотивационной готовности к обучению. Преобладают игровые, оценочные и внешние мотивы. Отсутствует четкая система представлений о школьном обучении. (Рис.2)

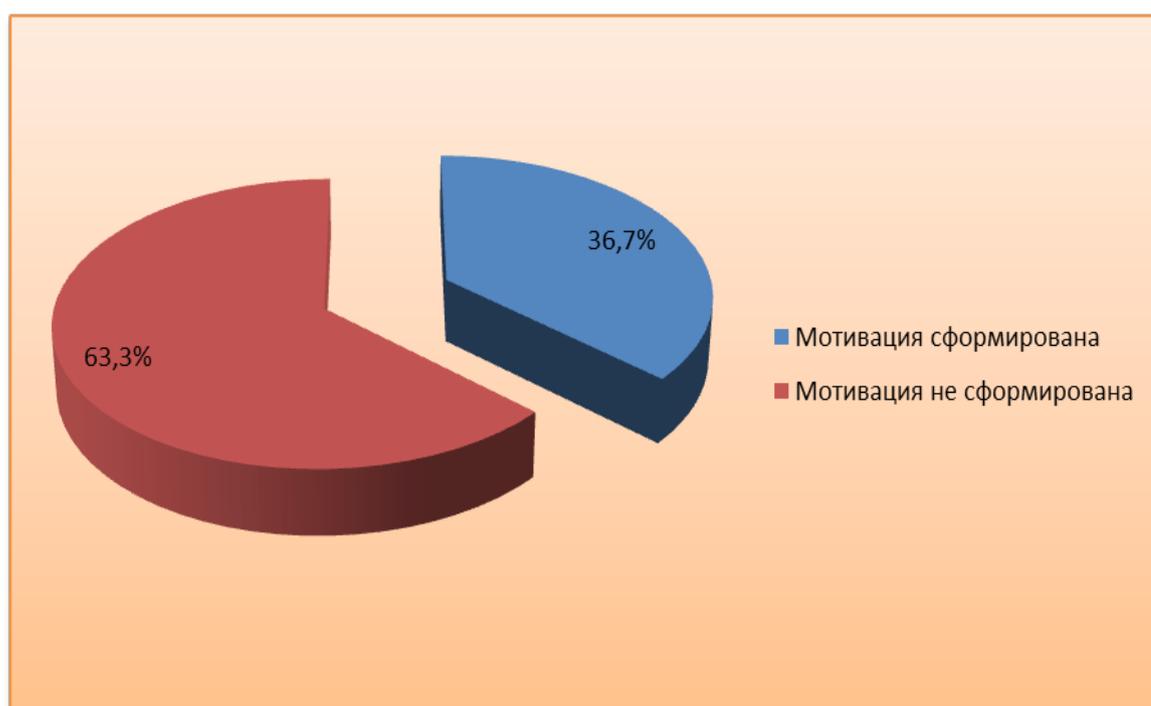


Рис. 2. Результаты изучения степени сформированности мотивационной готовности у младших школьников с СДВГ по методике исследования мотивации учения у младших школьников М.Р. Гинзбурга

На констатирующем этапе исследования по методике «**Диагностика мышления**» Э. Ф. Замбацявичене было выявлено, что только у 16,7 % испытуемых познавательно-логические универсальные учебные действия сформированы на высоком уровне. Дети способны анализировать объект с выделением существенных и несущественных признаков, умеют проводить логические действия сравнения и классификации по заданным критериям, сформированы логическое действие «умозаключение» и умение

устанавливать аналогии и обобщать.

Средний уровень развития словесно-логического мышления и сформированности основных мыслительных операций выявлен у 30 % младших школьников. Эти дети испытывают определенные затруднения при анализе объектов с выделением существенного и несущественного признаков, не всегда верно проводят логические действия сравнения и классификации по заданным критериям, фрагментарно сформировано логическое действие «умозаключение», умение устанавливать аналогии и обобщать. При получении поддержки и разъяснений педагога способны преодолеть возникшие трудности.

Низкий уровень развития логического мышления продемонстрировали в ходе исследования 53,3 % испытуемых. Дети данной группы испытывают значительные трудности при анализе объекта с выделением существенного и несущественного признаков, неверно проводят логические действия сравнения и классификации по заданным критериям, логическое действие «умозаключение» не сформировано, фрагментарно сформировано умение устанавливать аналогии и обобщать. Получение поддержки и разъяснений педагога не способствует преодолению возникающих трудностей (Рис. 3).

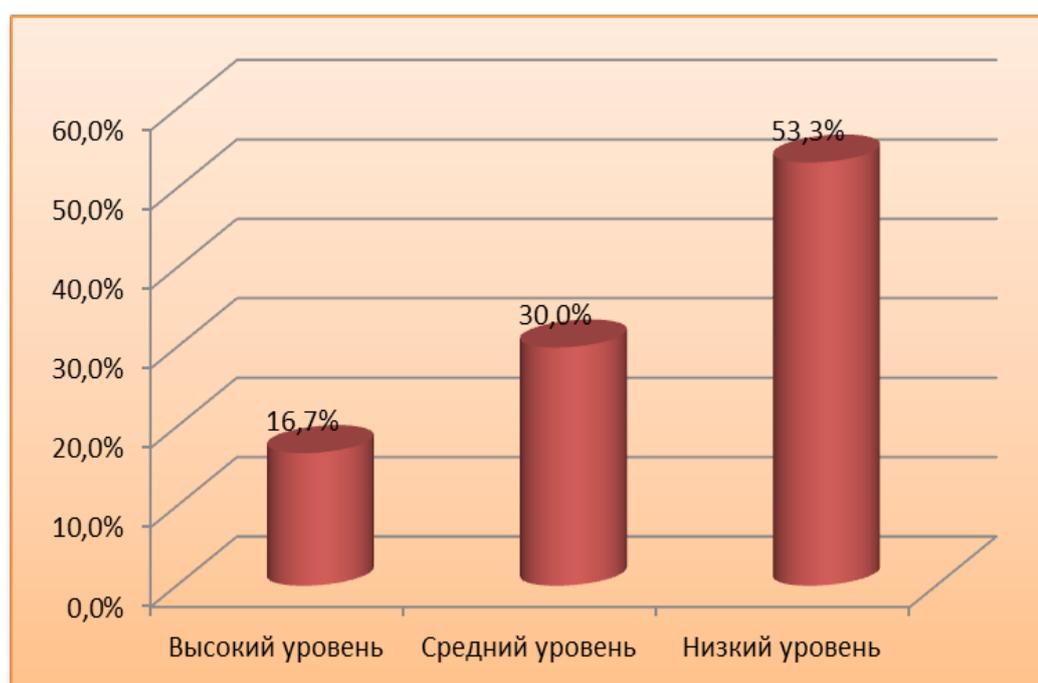


Рис. 3. Результаты изучения уровня развития словесно-логического мышления и сформированности основных мыслительных операций у младших школьников с СДВГ по методике «Диагностика мышления» Э. Ф. Замбацявичене

Далее изучались устойчивость, объём и концентрация внимания у испытуемых с помощью методики «Корректирующая проба» Б. Бурдона.

Нормой объёма для детей 7 – 8 лет, считается 1000 и более знаков за 10 минут. Показатель уровня объёма внимания всех наших испытуемых, оказался ниже нормы. Но, несмотря на это, всех испытуемых по объёму внимания решила поделить на три типа, взяв за критерий количество просмотренных знаков:

- Уровень объёма внимания от 600 до 700 знаков, условно обозначен, как очень низкий уровень развития объёма внимания;
- Уровень объёма внимания от 700 до 800 знаков, условно обозначен, как уровень развития объёма внимания на низком уровне;
- Уровень объёма внимания от 800 до 920 знаков, условно обозначен как, уровень развития объёма внимания ниже средней возрастной нормы.

Итак, с очень низким уровнем развития объёма внимания получилось три испытуемых (10 %). Имеют низкий уровень развития объёма внимания 15 человек – 50 % испытуемых. Уровень развития объёма внимания ниже средней возрастной нормы имеет 12 младших школьников – 40 %

По методике «Корректирующая проба» изучалась и концентрация (точность) внимания испытуемых. Нормой концентрации считается 14 ошибок и менее за 10 минут работы. Концентрация определялась по формуле, и уровень её развития выражался в %, а далее согласно таблице переводился в баллы. По результатам диагностики уровень развития концентрации внимания оказался на очень низком уровне. На уровне 1 балла (очень низкий уровень развития), мы имеем концентрацию у 7 испытуемых – 23,3 %. Концентрацию в 2 балла (низкий уровень развития) имеют 17 человек – 56,7 %. И лишь у шести человек – 20 % - концентрация внимания

находится на уровне 3 баллов. Этот уровень развития ниже средней возрастной нормы также относится к слабому развитию объема внимания.

Устойчивость внимания также у наших испытуемых находится на очень низком уровне развития. Испытуемых характеризующихся оценкой два балла, что соответствует очень низкому уровню развитию устойчивости внимания, в исследуемой выборке оказалось 6 человек – 20 % от представленной типологии, характеризуются дети с низким уровнем развития устойчивости внимания, в данном исследовании это 15 детей – 50 % испытуемых. Устойчивость внимания, характеризующаяся 4 баллами, что соответствует уровню развитию устойчивости внимания ниже средней возрастной нормы, присутствует лишь у девяти испытуемых - 30 % (Рис. 4).



Рис. 4. Результаты исследования особенностей внимания у детей младшего школьного возраста с СДВГ по методике «Коррективная проба» Б. Бурдона

По результатам диагностики уровня развития речи А.А. Реан выявлено 26,7 % детей, продемонстрировавших высокий уровень

сформированности всех исследуемых компонентов речевого развития. Дети данной группы без особых затруднений рассказывают о своей семье, легко называют имена всех членов семьи, рассказывают об их профессии и занятиях. В ходе составления рассказа употребляют сложные предложения различных видов. Умеют выразительно передавать диалоги, пользоваться косвенной и прямой речью. Без затруднений подбирают соответствующие прилагательные к предложенным существительным, способны заменять слова другими, сходными по значению. Безошибочно определяют место нужного звука в слове, подбирают слова на заданный звук.

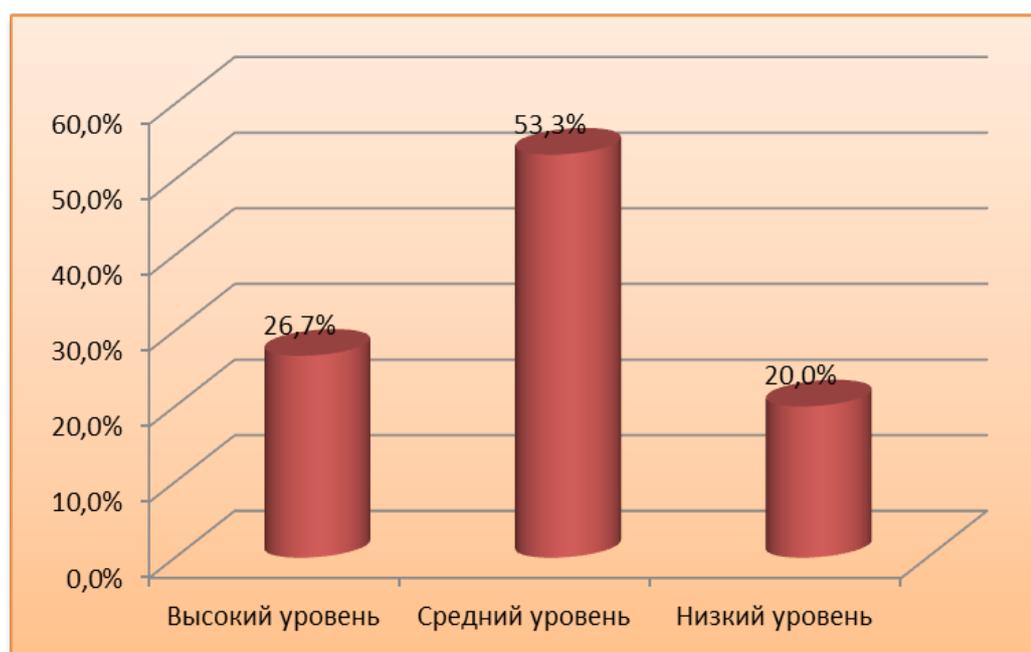


Рис. 5. Результаты исследования уровня развития речи младших школьников с СДВГ по методике «Диагностика уровня развития речи» А.А. Реан

53,3 % детей обнаружили в ходе исследования средний уровень развития речи. Речь детей этой группы характеризуется умением составить рассказ по сюжетной картинке или из личного опыта с редким употреблением сложных предложений. Предпочитают пользоваться простыми речевыми оборотами, иначе начинают путаться и прекращают

рассказ. С помощью взрослого и наводящих вопросов способны самостоятельно исправить ошибку. Испытывают затруднения при подборе прилагательных к существительному (не более одного). При подборе синонима нуждаются в дополнительной инструкции или примере. Может подобрать один или два синонима. Безошибочно определяют место звука в начале слова, допуская ошибки в определении звука в конце или середине слова.

У 20 % детей с СДВГ выявлен низкий уровень речевого развития. Принадлежность к данной группе детей отличается неумением или большими затруднениями при составлении рассказа по картинке или основываясь на личном опыте. Не способны правильно подобрать к существительным нужные прилагательные, испытывают затруднения при подборе синонимов. Допускают значительное количество ошибок при вычленении звуков в словах (Рис. 5).

По результатам диагностической работы можно констатировать наличие у преобладающего большинства детей II уровня сформированности внутренней позиции школьника, который характеризуется наличием положительного отношения к школе, ориентации на содержательные моменты школьной действительности и образец «хорошего ученика», но при сохранении приоритета социальных аспектов школьного образа жизни, по сравнению с учебными. Мотивационная готовность детей к обучению в данной группе испытуемых в большинстве своем не сформирована.

Внимание всех испытуемых характеризуется недостаточным для возрастной нормы объёмом, недостаточной устойчивостью и сосредоточенностью (концентрацию) внимания. Логическое мышление в данной группе испытуемых сформировано преимущественно на низком и среднем уровнях. Речевое развитие детей данной группы испытуемых характеризуется в основном средним уровнем сформированности речевых навыков и умений.

Таким образом, результаты констатирующего этапа исследования свидетельствуют о том, что наша гипотеза экспериментально подтвердилась.

Выводы по второй главе

1. Для экспериментального изучения особенностей психического развития детей младшего школьного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью было отобрано 30 учащихся. Среди них, 18 мальчиков и 12 девочек с наличием в анамнезе диагноза «СДВГ». Биологический возраст испытуемых на момент исследования составил от 7 до 8 лет.

2. В процессе исследования были определены следующие показатели психического развития младших школьников лет с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью:

- Сформированность «внутренней позиции школьника» (Методика Беседа об отношении к школе и учению» Т.А. Нежновой).
- Сформированность мотивации к обучению в школе (Методика исследования мотивации учения у младших школьников М.Р. Гинзбурга).
- Уровень развития словесно-логического мышления («Диагностика мышления» Э. Ф. Замбацявичене).
- Уровень развития внимания («Корректирующая проба» Б. Бурдона).
- Уровень развития речи (Диагностика уровня развития речи А.А. Реан).

3. В ходе экспериментального изучения особенностей психического развития младших школьников лет с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью были получены следующие результаты:

- У преобладающего большинства детей выявлено наличие II уровня сформированности внутренней позиции школьника, который характеризуется наличием положительного отношения к школе, ориентации на содержательные моменты школьной действительности.
- Мотивационная готовность детей к обучению
- в данной группе испытуемых в большинстве своем не сформирована. Внимание всех испытуемых характеризуется недостаточным для

возрастной нормы объемом, недостаточной устойчивостью и сосредоточенностью (концентрацию) внимания.

- Логическое мышление в данной группе испытуемых сформировано преимущественно на низком и среднем уровнях.
- Речевое развитие детей данной группы испытуемых характеризуется в основном средним уровнем сформированности речевых навыков и умений.

6. Анализ полученных результатов свидетельствует о необходимости направленной психологической коррекции особенностей психического развития детей младшего школьного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью.

Глава 3. Психологическая коррекция особенностей психического развития детей младшего школьного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью

3.1. Научно–методологические основы коррекции психического развития детей младшего школьного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью

В настоящее время подходы к лечению и коррекции СДВГ, и доступные для этого методы, основаны на фундаментальных положениях отечественной общей, возрастной и специальной психологии о том, что личность ребенка представляется целостной психологической структурой, формирующейся в процессе жизни человека на основе усвоения им общественных форм сознания и поведения.

При этом большинство специалистов считают наиболее эффективным комплексный подход, который сочетает в себе несколько методов, индивидуально подобранных в каждом конкретном случае. Используются методы модификации поведения, психотерапии, педагогической и нейропсихологической коррекции. Лекарственная терапия назначается по индивидуальным показаниям в тех случаях, когда нарушения со стороны когнитивных функций и проблемы поведения у ребёнка с СДВГ не могут быть преодолены лишь с помощью немедикаментозных методов.

Мы предлагаем в работе, направленной на коррекцию психического развития детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью младшего школьного возраста, **использовать нижеперечисленные принципы.**

1. Принцип единства коррекции и развития. Это означает, что целенаправленная коррекционная работа осуществляется только на основе клинико-психолого-педагогического анализа внутренних и внешних условий развития ребенка, с учетом возрастных закономерностей развития и характеристики нарушений.

2. Принцип единства диагностики и коррекции развития. Цели и содержание коррекционной работы могут быть определены только на основе комплексного, системного, целостного, динамического изучения ребенка, его дифференциально-диагностического обследования. Осуществляя коррекционную работу, необходимо фиксировать происходящие изменения в состоянии ребенка, при этом сам процесс коррекции дает материал для более полной диагностики.

3. Принцип взаимосвязи коррекции и компенсации. Вся система коррекционной работы призвана компенсировать нарушения в развитии и направлена на реабилитацию и социальную адаптацию ребенка с проблемами. Коррекция и компенсация — это не рядоположенные понятия, а тесно увязанные процессы, которые обуславливают друг друга и не могут рассматриваться один без другого. Цель коррекционной работы непосредственно связана с результатом — компенсацией нарушения.

4. Принцип учета возрастных психологических и индивидуальных особенностей развития. Определяет индивидуальный подход к ребенку и построение коррекционной работы на базе основных закономерностей психического развития с учетом сензитивных периодов, понимания значения последовательных возрастных стадий для формирования личности ребенка.

5. Принцип комплексности методов психолого-педагогического воздействия. Позволяет оказать помощь ребенку и его родителям. Выбор методов, композиция модели из нескольких методов определяется в зависимости от целей, задач программы оказания ребенку помощи, возрастных и индивидуальных особенностей и организации условий проведения.

6. Принцип личностно ориентированного и деятельностного подхода в осуществлении коррекционной работы. Этот принцип основан на признании развития личности в деятельности, а также того, что активная деятельность самого ребенка в рамках ведущей для возраста деятельности является

движущей силой его развития (А. Н. Леонтьев, П. Я. Гальперин, В. Н. Мясищев и др.).

7. Принцип оптимистического подхода в коррекционной работе с ребенком с проблемами. Предполагает организацию «атмосферы успеха» для ребенка, веры в ее положительный результат, утверждение этого чувства в ребенке, поощрение его малейших достижений.

8. Принцип активного привлечения ближайшего социального окружения к коррекционной работе с ребенком (семьи, школы). Ребенок развивается в целостной системе социальных отношений, субъектом которой он является (Л. С. Выготский, Л. А. Венгер и др.). Развитие ребенка происходит в системе отношений с близкими ему людьми, взрослыми. Особенности межличностных отношений, общения, форм совместной деятельности и способов ее осуществления составляют важнейший компонент развития, определяют зону его ближайшего развития. Успех коррекционной работы с ребенком наряду с другими составляющими зависит и от сотрудничества с родителями.

Придерживаясь мнения, что коррекция психического развития у ребенка с СДВГ может дать положительную динамику, если она, опираясь на основные принципы, реализуется во взаимодействии психолога, педагога с детьми и его родителями, при активной роли самого ребенка, а также когда задачи такой работы ставятся с учетом понимания целостной личности, в совокупности всех ее качеств и свойств.

Наиболее эффективной при СДВГ является комплексная помощь, при которой объединяются усилия врачей, психологов, педагогов, работающих с ребенком, и его семьи. Лечение СДВГ должны быть своевременными и обязательно включать [Бухтояров И., 2002]:

– помощь семье ребенка с СДВГ - приемы семейной и поведенческой терапии, обеспечивающие лучшее взаимодействие в семьях детей, страдающих СДВГ;

- выработку у родителей навыков воспитания детей с СДВГ, включая программы тренинга родителей;
- просветительскую работу с учителями, коррекцию плана школьного обучения - через особую - подачу учебного материала и создание такой атмосферы на уроке, которая максимально повышает возможности успешного обучения детей;
- психотерапию детей и подростков с СДВГ, преодоление трудностей, формирование навыков эффективного общения у детей с СДВГ в ходе специальных коррекционных занятий;
- лекарственную терапию и диету, которые должны быть достаточно длительными, поскольку улучшение состояния распространяется не только на основные симптомы СДВГ, но и на социально-психологическую сторону жизни пациентов, включая их самооценку, взаимоотношения с членами семьи и сверстниками, обычно начиная с третьего месяца лечения. Поэтому планировать лекарственную терапию целесообразно на несколько месяцев вплоть до продолжительности всего учебного года.

Существует много методов лечения и коррекции синдрома дефицита внимания у подростков и детей, но выбор их должен быть строго индивидуальным. Доктора часто рекомендуют начинать терапию с лекарств, и действительно после приема лекарства при синдроме дефицита внимания у большинства детей с СДВГ гиперактивное поведение и когнитивные функции улучшаются. Но из-за трудностей контроля дозировки и побочных эффектов, у них начинаются другие проблемы - ухудшается рост костей, появляются неприятные симптомы и т.д. Это говорит о том, что подбирать лечение должен только компетентный, очень опытный в этих вопросах врач. И если медикаменты не подходят, нужно лечить синдром дефицита внимания другим методом [Пассольта М., 2004].

Помимо лекарственной терапии существуют и другие **эффективные методики**.

Физиотерапия. Магнитотерапия. Транскраниальная микроотоковая стимуляция мозга помогает улучшить симптомы СДВГ и стимулирует выработку нейромедиаторов и гормонов, таких как эндорфины и холин. Эти гормоны участвуют в регуляции физической и умственной активности. После нескольких сеансов микроотоковой стимулирующей терапии наступает улучшение симптоматики гиперактивности у детей, уходят перепады настроения, раздражительность и другие симптомы.

Лечебная физкультура. Установлено, что большинство людей страдают от СДВГ из-за нарушений работы мозжечка. Лечебная физкультура напрямую нацелена на детей с мозжечковой задержкой развития, она стимулирует активизацию мозжечка, что улучшает восприятие, внимание, координацию движений и т.д.. Постоянно выполняя упражнения, можно добиться стойких результатов благодаря физиологическим возможностям мозга - нейропластичности мозговых клеток.

Адаптация. Жесткие рамки поведения, как это ни парадоксально, - один из лучших методов лечения СДВГ. Любое занятие с железной дисциплиной - боевые искусства или балет, фигурное катание, гимнастика - становятся спасительным кругом для детей с синдромом дефицита внимания. Это связано с высокими нагрузками и необходимостью использования сложных двигательных навыков. В результате развиваются моторика, чувство баланса и времени, оценка последствий, навыки исправления ошибок и мышечной координации, уходит депрессия [Бухтояров И., 2002].

Очень эффективны любые **аэробные (дыхательные) упражнения** — они стимулируют когнитивные способности мозга, развивают мышление, формируют новые стратегии и действия. Учителя обнаружили, что активность является наиболее эффективным способом приструнить синдром дефицита внимания у детей дошкольного возраста и школьников. Получив интересное занятие и адекватную нагрузку, школьники могут сидеть часами, не покидая рабочего места.

Поведенческая терапия. Играет существенную роль в улучшении поведения детей. Лучше всего проявляют себя самоуправление, управление временем и другие аспекты контроля поведения. Если медикаментозное лечение проводить без поведенческой терапии, эффект быстро прекратится, как только кончится действие лекарств от синдрома дефицита внимания.

Нейрофизиологическое обучение. Чтобы улучшить нервную деятельность у детей с СДВГ, а гипердинамический синдром дефицитом внимания - неврологическое заболевание, нужно выявить дефект нейронной реакции. Нейрофизиологическое обучение направлено на улучшение дефектов развития нервной системы в плане реакций. Специфические эффекты могут вызывать реакции, стимулируя точность и скорость отклика мозга. Кроме того, развитию мозговой деятельности способствуют нетрадиционные методы - китайская медицина, иглоукалывание, массаж и другие процедуры.

В последнее время особенно востребованы **аппаратные методики**, помогающие быстро и правильно освоить, и применять дыхательные техники, в которых используется какой-либо один тренирующий фактор, например, гипоксия (снижение содержания кислорода во вдыхаемом воздухе), гиперкапния (повышение концентрации углекислого газа), сопротивление дыханию, изменение ритма и частоты дыхания. Многочисленные исследования показали высокую эффективность подобных тренировок при лечении различных заболеваний.

В России разработано и предложено для использования на практике несколько разновидностей технических устройств (дыхательных тренажеров), позволяющих создавать искусственную гипоксическую среду. С помощью такого рода тренажеров представляется возможным реализовать на практике различные методологии использования искусственно вызванной гипоксии, и ее комбинации с иными физиотерапевтическими и фармакологическими воздействиями в целях улучшения здоровья,

повышения физической и умственной работоспособности, лечения и профилактики различного рода заболеваний (Волков Н.И., 2005).

По данным исследований О.С.Глазачев, (1996); А.Г Беспалов (2003), В.П. Куликов (2004) выявлено, что происходящая в результате гипоксического дыхания адаптация к гипоксии, приводит к значительным изменениям церебральной гемодинамики в виде увеличения сосудистого сопротивления, снижения реактивности сосудов на гипоксическую гиперкапнию, увеличения коллатерального резерва и скорости ауторегуляции мозгового кровообращения. В результате адаптации к гипоксии, повышения толерантности мозга к ишемии, повышается устойчивость не только к ней самой, но и к другим воздействиям: предельной физической нагрузке, стрессу. А это в свою очередь способствует улучшению настроения, повышению умственной и физической работоспособности, т. е. происходит повышение “мощности” и внутренних механизмов саморегуляции.

Метод гипоксической гиперкапнической дыхательной тренировки (ГГТ) - немедикаментозный метод повышения неспецифической резистентности организма к повреждающим факторам внешней и внутренней среды, заключающийся в периодическом воздействии дефицита O₂ (гипоксия) и избытка CO₂ (гиперкапния) вызывает развитие стресс-реакции, которая играет важнейшую роль в формировании адаптации. Процесс адаптации сопровождается мобилизацией энергии и протеиносинтезом с формированием «системного структурного следа» в виде увеличения резистентности нейронов к гипоксии и увеличении количества микрососудов в головном мозге за счет ангиогенеза, либо за счет ранее не функционировавших микрососудов, что ведет к повышению коллатерального резерва мозгового кровообращения. Таким образом, ГГТ способны вызвать феноменальное увеличение сопротивляемости мозга к ишемии, что является актуальным у детей с СДВГ.

Метод ГГТ повышает неспецифическую резистентность организма. При этом возрастает устойчивость к различным формам стресса, утомлению, гипоксии, ускорениям, шуму, вибрациям. Увеличивается умственная и физическая работоспособность. Применение ГГТ оказывает положительное действие на кинетику кислородного метаболизма и кислотно-основное состояние, нормализует показатели углеводного, жирового, белкового обменов и электролитного спектра крови, нормализует параметры иммунологического статуса, повышает противовоспалительный потенциал, активизирует деятельность жизненно важных систем организма. Метод ГГТ обеспечивает повышение устойчивости организма в условиях измененной среды обитания и в этом плане может рассматриваться как один из перспективных путей решения проблем детей с СДВГ.

Наибольшую популярность из-за простоты применения, безопасности, возможности комбинированного воздействия сразу двух тренирующих факторов (гипоксии и гиперкапнии), а также количественного дозирования дополнительного мертвого пространства (ДМП) получил дыхательный тренажер (ДТ) профессора В.П. Куликова «Карбоник», который обладает значительным влиянием на мозговую гемодинамику, а, следовательно, и на функциональное состояние головного мозга [Куликов В.П., 2002]. Тренировки на аппарате «Карбоник» повышают концентрацию углекислого газа и создают дефицит кислорода в альвеолярном воздухе, что способствует увеличению активности антиоксидантной системы и уменьшению стресса.

Опыт практической работы показывает, что включение в комплекс лечения на дыхательном тренажере «Карбоник» детей с СДВГ улучшает показатели их кратковременной памяти и произвольного внимания, повышает толерантность к гипоксии, благоприятно влияет на самочувствие, активность, настроение и улучшает успеваемость. Тренировки на аппарате «Карбоник» благотворно влияют на психические и двигательные функции, увеличивая пластичность и резервные возможности ЦНС, компенсируя проблемы школьной дезадаптации [Чудимов В.Ф., 2014].

Таким образом, в настоящее время существует множество методов лечения и коррекции синдрома дефицита внимания у детей, способных максимально эффективно скорректировать состояние ребенка. Коррекционная помощь в данной связи должна отличаться комплексным характером, объединяя разнообразные подходы психолого-педагогической коррекции, психотерапии, а также, при необходимости, медикаментозное лечение. Следует отметить, что выбор метода и способа лечения должен быть строго индивидуален.

3.2. Специфика педагогической и коррекционной работы с младшими школьниками с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью

Наиболее важные в школьной жизни каждого ребенка – это его первые годы обучения, т. к. именно на данном этапе у него развиваются навыки правильно читать и писать. Помимо этого, уже в первые месяцы учёбы, происходит формирование классного коллектива.

Нужно отметить, что дети, которые пошли в школу, приобретают для себя новый статус – он уже ученик, первоклассник. Как следствие, у них возникают совершенно новые обязанности. И от успешности их адаптации на этом этапе зависит успешность обучения в школе в дальнейшем. Поэтому огромная роль в работе с детьми, которым поставлен диагноз синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ), отводится учителям начальных классов.

Педагог, осуществляющий процесс обучения ребенка, обязан обязательно учитывать его индивидуальные особенности в развитии и поведении (в виде варианта СДВГ и его тяжести), семейную обстановку, в какой растет ребенок, чтобы проводить с родителями совместные действия в воспитании такого ребенка. Лишь при подобном комплексном подходе будет

осуществляться последовательное воспитание и обучение ребенка, имеющего СДВГ [Давиденко Н. В., 2008].

В работе с детьми с СДВГ правильно использовать определенные принципы, направленные на развитие дефицитарных функций (саморегуляция произвольного поведения и двигательный контроль), на отработку определенных навыков взаимодействия со сверстниками и взрослыми; также необходимо проводить работу с проявлениями детьми гнева («недержанием аффектов»). Работу по данным направлениям необходимо осуществлять параллельно или, обращая внимание на конкретный случай, первым выбирают какое-то одно направление, что есть приоритетным (отрабатываются навыки взаимодействия с окружающими и проч.).

Развитие дефицитарных функций. Целенаправленно развивая дефицитарные функции, необходимо руководствоваться определенными правилами. Рассмотрим их детальнее.

Так, работу надлежит проводить поэтапно, развивая сначала какую-либо одну отдельную функцию. Это связано с тем, что гиперактивный ребенок не может одновременно быть и спокойным, и внимательным, и неимпульсивным.

Когда во время проведения занятий удастся достигнуть устойчивых положительных результатов, можно переходить к тому, чтобы одновременно тренировать две функции, как-то дефицит внимания и контроль поведения. И только потом можно использовать упражнения, при помощи каких развивались бы одновременно все три дефицитарные функции [Балашова Ю.В., 2004].

Так как синдром детской гиперактивности и дефицита внимания – это дефицитарность лобных отделов, то развитие произвольной саморегуляции является основным направлением работы с такими детьми. Поэтому индивидуализированными методиками корригирующих занятий с данными детьми должно предусматриваться то, что в процесс урока будут регулярно

включаться развернутые двигательные акты и отрабатываться конкретные навыки взаимодействия со сверстниками и взрослыми.

Первоначальную работу с ребенком с СДВГ необходимо осуществлять индивидуально. В начале работы очень важно обучить его не только слушать, но и слышать, т. е. четко понимать инструкции взрослого: проговаривать их вслух, самому формулировать правила поведения на занятиях и правильно выполнять конкретные задания. На этом этапе также желательно совместно с ребенком выработать систему поощрений и наказаний, которая впоследствии поможет ему адаптироваться в детском коллективе.

Автор М. М. Чистякова в своей книге «Психогимнастика» говорит о том, что для таких детей полезными являются занятия психогимнастикой. Нужно еще отметить, что изобразительная деятельность и музыка являются вспомогательными средствами общения, благодаря которым облегчается возможность осуществлять продуктивный контакт с гиперактивным ребенком [Габдракипова В.И., 2008]

Следующий этап – вовлечение ребенка с СДВГ в групповую деятельность (взаимодействие со сверстниками) – также нужно проводить постепенно. Сначала лучше такого ребенка включать в работу и игру с маленькой подгруппой детей (от 2 до 4 человек) и только после этого можно приглашать его принимать участие в общегрупповых мероприятиях и занятиях. В случае несоблюдения этой последовательности ребенок может быстро перевозбудиться, что, в свою очередь, может привести к потере им контроля поведения, потом к переутомлению и в конечном итоге – к дефициту активного внимания. Еще со стороны учителя могут использоваться другие эффективные методы по взаимодействию с ребенком, имеющим СДВГ [Белехов Ю.Н., 2008].:

Изменение окружения. Работу с гиперактивными детьми следует строить индивидуально. Такой ребенок всегда должен находиться перед глазами учителя, в центре класса или прямо у доски. Поэтому оптимальное

место для гиперактивного ребенка в классе – это первая парта напротив стола учителя или же в среднем ряду.

Нужно также изменить режим урока, включив в него энергичные физкультминутки, так как это один из лучших способов воздействовать на детей с СДВГ. С помощью физзарядки ребенок может выплеснуть избыток своей энергии, сконцентрировать внимание, а также стимулирует определенные гормоны и химические реакции, что для него весьма полезно. Кроме того, он еще получает удовольствие от таких физкультминуток [Давиденко Н. В., 2008].

Не нужно запрещать ребенку использовать спасительную для него отдушину, чтобы немного отвлечься. Нужно разрешать ребенку с СДВГ выходить из класса на короткие промежутки времени. Ведь если правилами поведения в классе это будет не запрещено, то ребенок просто выйдет из него, а не «сорвет» урок и сможет научиться некоторым важным вещам в виде самоконтроля, саморегуляции и т.д.

Также очень эффективным есть направление учителем энергии гиперактивных детей в полезное русло: попросить его вымыть доску, раздать одноклассникам тетради и т. д. И желательно проводить работу с такими детьми именно в начале дня, а не в вечернее время – нежелательно учить детей с СДВГ на второй смене. При этом в классе должно находиться минимальное количество предметов, которые будут отвлекать таких детей (картины, стенды и проч.).

Организацию процесса обучения для детей с СДВГ нужно четко планировать. Так, нужно заранее продумать режим дня и список правил, какие должны выполнять все ученики. Список необходимо формулировать в позитивной форме: что следует делать, а не то, чего делать не нужно. Учитель должен удостовериться что дети знают, как они должны себя вести и что от них ждут. Список должен размещаться в таком месте, чтобы каждый ученик мог его беспрепятственно прочесть.

Любые изменения в таком списке требуют предварительной подготовки и обсуждения. Дети с СДВГ тяжело принимают неожиданные для них перемены, это их запутывает. Следует объявить заранее, что случится, а после еще несколько раз дополнительно предупредить детей, что в списке появятся изменения. Желательно оказывать детям помощь касательно составления их распорядка дня после школы, чтобы избежать одного из негативных признаков СДВГ – откладывания ими дел на потом [Дробинская А.О., 2006].

Обязательно необходимо обратить внимание на развитие у таких детей дефицитарных функций: повышать уровень их внимания (используются упражнения «Найди ошибку», «Проверь себя и соседа» и проч.); снижать импульсивность (например, вызывать к доске того, кто последним поднял руку, используется задание «Тихий ответ»); снижать деструктивную двигательную активность (обучать навыкам самоконтроля посредством упражнений «Замри», «Волны» и т.д.).

Создание положительной мотивации на успех. Важно помнить про эмоциональную сторону учебного процесса – дети с СДВГ должны получать удовольствие от уроков. Их неудачи и отчаяние от непонимания происходящего должны смениться спокойным самоконтролем деятельности, а скука и страх – желанием учиться. Поэтому очень важно в учебном процессе большое внимание уделять эмоциям.

Также необходимо поощрять успехи детей в учебе и максимально подчеркивать их, так как они переживают за свои неудачи и для них важна любая позитивная реакция. Поэтому учителю не стоит бояться поощрять ребенка, ведь негативными оценками создается атмосфера неудач и усиливается их проблемное поведение.

Процесс обучения нужно строить исключительно на положительных эмоциях. Не лишним выступает в таком плане и тактильный контакт (обучение с элементами массажа, прикосновениями, поглаживаниями и проч.). Учитель может позволить себе шутить, быть экстравагантным и

оригинальным, так как новизна в отношениях с детьми с СДВГ является очень эффективной, и они реагируют на нее с энтузиазмом. Это сильно помогает сохранить внимание – как педагога, так и детское [Рунова М.А., 2006].

Важно постоянно поддерживать визуальный контакт с ребенком, ведь можно одним взглядом вернуть ребенка с диагнозом СДВГ к реальности. Взгляд может пробудить его от грез, разрешить спросить о чем-либо или просто успокоит его.

Также педагог должен избегать категоричных запретов. Для этого следует установить границы дозволенного. Границы – это не наказание, а они просто будут сдерживать и успокаивать ребенка. Контролировать их выполнение нужно постоянно, последовательно, просто и уверенно. Если ребенок невнимателен и мешает проведению урока, следует дать ему прочитать вслух часть учебный параграф или задание.

Постоянная обратная связь с учителем приносит детям с СДВГ огромную пользу. Она позволяет оставаться им на правильном пути, помогает им узнать, чего именно от них ожидают и достигли ли они поставленных целей [Рычкова Н.А., 2010].

Также стоит вводить знаковую систему в оценивании позитивных достижений детей. Его хорошее поведение и успехи в учебе должны вознаграждаться. Следует чаще устно хвалить ребенка, если смог успешно справиться даже с легким заданием.

Всегда необходимо помнить, что с ребенком нужно договариваться, а не стараться его сломить! При этом следует целенаправленно и сознательно создавать ситуации успеха, в каких ребенок мог бы проявить собственные сильные стороны. Его нужно научить лучше их использовать, чтобы компенсировать нарушенные функции при помощи здоровых.

Особенности организации обучения детей с СДВГ состоят в том, что обязательно нужно использовать элементы соревнования и игры. Для детей

чаще используют развивающие, творческие задания и, наоборот, не применяется монотонная деятельность.

Проверка знаний у таких детей должна проводиться только в начале урока. Рекомендуют часто менять задания, применяя небольшое число вопросов. Лучше всего давать одно задание на определенный промежуток времени. Если ученик должен выполнить объемное задание, то его ему предлагают, как последовательные части, и учителем периодически контролируется ход работы над каждой из таких частей, внося при этом необходимые коррективы.

Для детей с СДВГ желательно исключать или сокращать контрольные и проверочные работы, которые ограничены во времени. Для таких детей они не выполняют необходимой образовательной ценности, т. к. они многим детям с СДВГ не позволяют адекватно продемонстрировать собственные знания.

Нужно еще обращать внимание на то, чтобы домашнее задание являлось качественным, при этом не очень объемным. Детям с СДВГ лучше сокращать предоставляемую нагрузку. До тех пор, пока ими изучаются понятия, им необходимо это иногда позволять. Они затратят на выполнение такого задания одинаковое время, но оно их не поставит в тупик [Шевченко Ю.С., 2007].

Одним из важнейших методов в работе учителя с детьми с СДВГ является разбивка больших заданий на более мелкие. Большие задания часто перегружают ребенка, и он зачастую перед ними отстывает, чувствуя, что «он никогда не сможет его сделать». И ребенок должен избегать ощущений перегрузок в учеба и неспособности выполнить задания. Ведь часто дети способны на большее, чем кажется им. И разбивая задание на более мелкие части, учитель позволяет ребенку это доказать самому себе.

Также нужно всегда записывать на доске указания касательно выполнения заданий. Необходимо оставлять на доске такие указания до окончания урока. Ведь есть ученики, какие не могут сами записать или

запомнить устные указания учителя. У многих детей с СДВГ часто есть проблемы с памятью. Следует научить их некоторым трюкам, используя мнемотехнику, карточки с текстом и т. д.

Учитель должен вырабатывать навыки, что пригодятся детям при написании ими контрольных работ, находить в учебном материале ключевые слова и выделять их яркими фломастерами. Детям с СДВГ сложно овладеть такими техниками, но как только они им научатся, это очень им поможет систематизировать учебный материал во время прохождения его в классе. Все это дает возможность ребенку контролировать ход учебного процесса вместо того, чтобы ощущать неясность и тщетность усилий, какие часто сопровождают таких детей во время учебы [Сиротюк А., 2007].

Коррекцию негативных форм поведения нужно осуществлять посредством реализации трех основных задач: он должен изучать необходимые социальные нормы и навыки общения, регулировать взаимоотношения с одноклассниками, проводить профилактику и элиминацию агрессии (отрабатывать навыки выражения гнева в приемлемой форме; обучаться конструктивным способам по разрешению конфликтов на уроке и проч.).

У детей с СДВГ часто присутствует очень низкая самооценка и поэтому они склонны к одиночеству, находясь в изоляции и рискуя стать жертвой других. И напротив, они могут вести себя очень агрессивно по отношению к сверстникам, и их нужно контролировать, чтобы минимизировать проявления агрессии. Лучший способ справиться с такими ситуациями – отвлечь их внимание совершенно другим заданием.

При этом положительная роль отводится их неумению справляться с изменениями, так как они будут так поглощены попытками понять новое задание, что могут легко забыть любую начатую им драку. Эта тактика срабатывает во многих случаях, когда требуется преодолеть разные проблемы, которые возникают в учебном процессе. Таким детям нужны ощущения занятости и причастности к конкретному делу. Ведь пока они

заняты, у них есть мотивация и меньше шансов, что они «отключатся» [Рунова М.А., Мусаева С.Н., 2006].

Важно еще использовать обратную связь, что поможет ребенку лучше понять себя. Дети с СДВГ часто не понимают, что с ними происходит или как они ведут себя. Следует дать им такую информацию конструктивным путем, задавать вопросы, что побуждают самосозерцание и самопонимание, а также ясно объяснить, чего они ожидают от ребенка. Если у ребенка присутствуют трудности в понимании социальных особенностей, таких как язык жестов, выражение голоса, выбор времени и т. п., можно осторожно предоставить ему ясный и точный совет.

Поэтому, если ребенок «дурачится» в классе, чтобы привлечь к себе внимание, желательно посадить его возле такого ученика, какой может послужить для него образцом для подражания.

Если ребенок с СДВГ не осознает личного пространства, тянется через парту, чтобы поговорить или дотронуться до других учеников, требуется немного увеличить расстояние между партами. Если он часто ведет себя вызывающе – можно игнорировать незначительные проявления такого поведения. Учитель должен всегда следить за собой и оставаться совершенно спокойным. Как говорится, нет хладнокровия – нет преимущества [Безруких М.М., 2010].

Часто детей с СДВГ ученики не уважают. Поэтому нужно давать им особые поручения в присутствии одноклассников. Если такой ребенок не уверен в себе – можно похвалить его за хорошую работу и поведение; предоставлять ему возможность стать лидером. Не нужно позволять таким детям быть в одиночестве или в себе замкнуться. Следует поощрять их взаимодействие с учениками из класса, планируя коллективные виды работы.

Следует также объяснить окружающим и родителям, что положительные изменения придут не так быстро, как они хотели бы. Улучшение состояния ребенка зависит не только от специального лечения и коррекции, но и от спокойных и последовательных отношений. Необходимо,

чтобы родители поняли, что СДВГ не есть результатом плохого воспитания, а медицинским и нейропсихологическим диагнозом, какой ставится лишь по результатам проведенной специальной диагностики. Проблема гиперактивности не решается с помощью волевых усилий, авторитарных указаний и убеждений. У ребенка с СДВГ присутствуют конкретные нейрофизиологические проблемы, справиться с которыми он самостоятельно не может. Дисциплинарные меры воздействия, такие как постоянные наказания, замечания, окрики, нотации не способствуют улучшению поведения ребенка, а скорее его ухудшат.

Важным направлением в коррекционной работе с детьми с СДВГ является использование развивающей игровой деятельности. Основной содержательный материал, используемый в рамках коррекционной работы – развивающие игры, среди которых обязательно должны быть следующие: игры, расширяющие кругозор и словарный запас ребенка; логические игры; игры с правилами; игры, развивающие фонематический слух; игры, развивающие внимание и память; игры, развивающие мелкую и крупную моторику ребенка; игры на ориентацию в пространстве.

Используемые игры распределяются по функциональным группам следующих развивающих направлений:

Функциональная готовность. Примерный перечень игр и оборудования: «Кладоискатель» (игры с «сухим» бассейном), мозаики и конструкторы с мелкими деталями, шнуровки, разнообразные раскраски, штриховки, нестандартное оборудование для проведения утренней зарядки и занятий физической культурой (емкости с различными наполнителями, коврики и мячи различной текстуры и т.д.).

Сенсорные способности. Примерный перечень игр и оборудования: сенсорные куклы, геометрические кубы, «сухой» дождь, «тактильные ладошки», «Чудесный мешочек», «Чем похожи и не похожи», блоки Дьенеша, палочки Кюзенера, игры из серии «Учись играя»: «Контур», «Логика», «Свойства», «Цвет», «Фигуры».

Интеллектуальное развитие. Примерный перечень игр и оборудования: игры Никитиных («Уникуб», «Сложи узор», «Кубики для всех» и т.д.), игры из серии «Учись играя»: «Признаки», «Живая природа», «Сколько не хватает», «Свойства», «Наведи порядок».

Творческие способности. Примерный перечень игр и оборудования: разнообразные мозаики и конструкторы, материалы для нетрадиционных техник рисования (мел, ватные палочки, губки, щетки и т.д.), природные материалы для изготовления поделок, игры «Рисунок на двоих», «На что похоже?», «Сложи из фигур», «Танграм», «Колумбово яйцо».

Коммуникативные способности. Примерный перечень игр и оборудования: игры с правилами (дидактические, настольные, подвижные), сюжетные («Семья», «Детский сад», «Магазин» и т.д.), театрализованные (игры-драматизации, режиссерские).

Регуляторные способности. Примерный перечень игр и оборудования: различные «Шифровки», «Поиграем в корректора», «Что не так?», подвижные игры на внимание: «Путешествие», «Снежинки – капельки», «Мячик – воздушный шарик».

Развитие мышления и общая осведомленность. Примерный перечень игр и оборудования: Подбери пару», «Что не так?», «Скажи наоборот», «Запомни слова, пары слов, цепочку слов», «Подбери по ассоциации», «Назови животных», «Съедобное – несъедобное» (игра с мячом), детское лото («Животные», «Фрукты», «Овощи» и т.д.), детское домино («Герои сказок», «Транспорт» и т.д.), игры из серии «Учись играя»: «Викторина первоклассника», «Профессии», «Живая природа», «Из чего сделано».

Развитие внимания: «Умные задачки», «Хитрые вопросы», «Что общего».

Развитие памяти: «Запомни и повтори», «Выкладывание по памяти». Зная проблемы конкретного ребенка, мы подбираем соответствующие игровые приёмы.

Развитие речи.

Для расширения и активизации словаря использовали игры и игровые упражнения типа «Продолжи...», «Что лишнее?», «Скажи наоборот», «Подбери слово» и т. п.

Формирование и развитие грамматического строя речи: «Какое слово не подходит», «Собери предложение», «Сосчитай до пяти», «Исправь ошибку», «Назови ласково».

Развитие связной речи: «Когда так говорят?», «Объясни словечко», «Что не так?». Использование дидактических игр в речевом развитии побуждает детей к общению со сверстниками, закрепляет навыки инициативной речи, развивает словарь ребенка, совершенствует разговорную речь. Данный вид игр способствует уточнению и закреплению словаря, правильному освоению словообразования, формированию связной речи и развитию объяснительной. Такой вид дидактических игр, как словарный, развивает видовые и родовые понятия, помогает освоению обобщенных значений.

Игры типа «Кто кем хочет стать?» помогает правильно употреблять сложные формы глагола, игра «Танины помощники» - образовывать форму множественного числа глаголов. В процессе дидактической игры ребенок учится аргументировать свои мысли, выводы («Что лишнее?»). Игры построены так, что ребенок составляет рассказы о явлениях, о предметах, это способствует развитию монологической речи («Мишкины картинки», «Что сначала, что потом?», «Расскажем про Таню и зайчика»). С целью развития звуковых сторон речи можно проводить такие игры, как «Повтори», «Испорченный телефон». Фонематический слух развивают игры «Ветерок», «Шумовые баночки». Дидактические игры «Назови три слова», «Скажи какое?», «Сравни предметы» обогащают и пополняют словарь ребенка. Закрепляют знания детей о цветах и ягодах, о детенышах животных, об окружающем, о деятельности людей такие игры, как «Садовник и цветы», «Разбуди кота». Для обогащения словами о профессиях людей, об орудиях труда необходимо использовать дидактические игры «Играем в профессии»,

«У кого микрофон?», «Кем быть?». Формированию грамматической стороны, развитию словаря ребенка, правильному произношению способствуют такие дидактические игры, как «Наоборот», «Назови одним словом», «Угадай звук», «Отгадай - ка».

Формирование мотивации к обучению. Примерный перечень игр и оборудования: сюжетно-ролевые игры «Школа», «Семья», подвижные и настольные игры с правилами, различные материалы для экспериментирования и самостоятельной продуктивной деятельности.

Для усвоения детьми представлений о приспособленности живых существ к условиям существования использовались игры: «Займи свой домик», «Кто где живет» (формирование представлений о приспособленности животных к условиям существования на определенных природных ландшафтах: поле, лес, луг, водоем); «Кто где обитает» (формирование представлений о приспособленности животных к определенной среде обитания: водной, наземной, воздушной). Продемонстрировать детям связь факторов неживой природы, растений и животных в различных природных сообществах позволяет игра «Экологическая башня». С помощью этой игры можно подвести дошкольников к пониманию того, что отдельные элементы природы (вода, земля, солнце, воздух, растения, животные) вместе составляют сложную экосистему, и разрушение одного из элементов ведет к разрушению всей экосистемы. Усвоение детьми правил осуществлялось в процессе анализа представленных в играх ситуаций («Что такое хорошо, что такое плохо», «Найди ошибку», «Что было бы, если бы...», «Прогулка в лес») и расшифровки знаков, в которых отражены те или иные правила поведения по отношению к растениям и животным. В ходе проведения этих игр у школьников формируется не только представление о необходимости выполнения правил природоохранного поведения, но и соответствующее эмоциональное отношение к такому поведению.

Дидактические игры с картинками, например, разные варианты дидактической игры «Что сначала, что потом?» помогают детям узнать последовательность развития отдельного растения (земляника, одуванчик, а также последовательность времен года (осень - зима - весна - лето). Для упражнения ребят в классификации явлений природы по сезонам мы проводили игры с картинками, изображающими сезонные явления в неживой природе, растительном и животном мире, труде и быте людей, например, игры «Устроим выставку картин на тему «Зима – лето», «Когда это бывает». В таких дидактических играх коллективными усилиями детей создаются предметные модели времен года, где наглядно представляются причинно-следственные и временные связи, восприятие которых вызывает у детей затруднение при применении традиционных методов обучения.

Все дидактические игры подбирались таким образом, чтобы в одной игре были затронуты несколько компонентов интеллектуальной готовности, чтобы у ребёнка была возможность решить не одну интеллектуальную задачу. Например, в игре «Всё перепуталось» решалась задача не только по формированию умения обобщать, но и решалась задача по формированию умения конкретизировать, классифицировать, также умения рассуждать и доказывать свою точку зрения. Другая дидактическая игра «Что общее, а что различное?» была направлена на умение анализировать, синтезировать признаки предметов, сравнивая их, а также на формирование умения абстрагировать.

Подбирая дидактические игры, ориентировалась на опыт детей, их интересы и возможности. Каждая из перечисленных игр, была ориентирована на формирования того или иного компонента интеллектуальной готовности к школе у детей седьмого года жизни. Каждый ребёнок имел возможность говорить, доказывать свою точку зрения, имел возможность внести свои изменения в понравившуюся игру. При работе по формированию интеллектуальной готовности к школе два раза в неделю проводились специально организованные игры, на которых осуществлялась

систематизация знания и опыта детей. На каждой встрече постепенно решались задачи по формированию интеллектуальной готовности к школе.

В дидактической игре «Найди лишний предмет» детям предлагался набор картинок по классификациям, где один предмет не может быть обобщен по общим признакам. Детям требовалось из предложенного набора картинок по тематическим группам (транспорт, растения, игрушки, мебель) найти «лишний» предмет. Давалась следующая инструкция: «Рассмотри внимательно картинку. Какой предмет здесь лишний? Как называются, одним словом все остальные предметы?». Также данная игра предусматривает вариативность, вместо тематических картинок, предлагались геометрические фигуры. Стоит отметить, что детям давалась возможность, составить свои группы предметов по каким-либо признакам.

В словесной дидактической игре «Одно слово». Ребёнку предлагалось назвать одним словом группу предметов, озвученных экспериментатором. Давалась такая инструкция: «Сейчас я буду называть тебе разные слова, а ты подумай и скажи мне, как можно назвать эти предметы одним словом?». Данная игра также предусматривает два варианта.

Вариант 1. Учителем предлагалось составить свои группы слов.

Вариант 2. Игра в печатном формате. Карточки с изображением по тематическим группам.

Самые активные из детей стали придумывать новые группы слов, новые варианты игры.

В игре «По порядку» внимание уделялось формированию таких качеств мышления, как процесс обобщения и способность конкретизировать, устанавливать причинно-следственные связи, а также выявляет уровень речевого развития. Ребёнку предлагалось три сюжетные картинки в неправильной последовательности. Ребёнок должен понять сюжет, выстроить верную последовательность событий и составить по картинкам рассказ. Задание состоит из двух частей:

– Выкладывание последовательности картинок;

– устный рассказ по ним.

Большинство детей без труда справились с первой частью игры, но возникли затруднения в составлении рассказа по картинкам.

В настольно-печатной дидактической игре «Найди пару» уделялось формированию таких умений, как умение классифицировать, обобщать, абстрагировать. Перед ребёнком раскладываются карточки с изображением животных и его детеныша, нужно образовать пару (волк - волчонок, корова – теленок и тд). Все дети без исключения справились с заданием на высоком уровне. Другой вариант игры предусматривал найти пару к кухонным принадлежностям, тут у большинства детей возникли трудности.

Игра «Что общее, а что различное?» оказалась для детей самой сложной и интересной. В первой части игры ребёнку предлагалось рассмотреть картинки с изображениями предметов, относящихся к одной группе (корова лошадь). Ребёнку предлагалась перечислить сходные и различные качества. Первая часть задания, выполнена большинством детей без особых затруднений. Во второй части игры ребёнку предлагалось рассмотреть предметы, у которых общее найти трудно (солнце, мяч). И в третьей части были предметы, где отличное выражено гораздо больше, чем схожее (всадник – лошадь). В последней части задания все дети испытывали трудности.

В дидактической игре «Всё перепуталось» ребёнку предлагалось определить к какой категории относится предмет, если предмет относится к категории результат человеческого труда, но необходимо было определить к какой функциональной группе относится предмет, например, платье, относится к категории сделанной руками человека, функциональная группа одежда и т. д. Если предмет относится к категории, которую сотворила природа, также необходимо было определить функциональную группу, например, дуб, относится к категории сотворенной природой, функциональная группа деревья. Данная игра вызвала оживленный интерес у детей, все охотно пытались доказать свою точку зрения.

Игра «Что легче»? формировала умения анализировать и сравнивать. Ребёнку предлагалось рассмотреть картинку, на которой изображено 2 предмета один лёгкий, другой тяжёлый. Дети без особого труда справились с заданием, с удовольствием комментируя и доказывая свою точку зрения.

Всем хорошо знакомой оказалась игра «Найди отличия», которая направлена на формирование умений анализировать и сравнивать. Ребёнку предлагалось две одинаковые картинки с небольшим различием. Детям было необходимо найти 5 отличий. Все достойно справились с заданием. Игра имеет вариант усложнения, найти не 5, а 7-8, 10 отличий).

Сложной для большинства детей оказалась игра «Собери картинку по образцу». На столе пред ребёнком лежала картинка, на которой изображён предмет, сложенный из спичек (очки, окно, лестница и т.д.) Экспериментатор предлагал выложить из спичек такую же фигуру. Многие дети не обращали внимания на место положения головки спички, и даже при помощи воспитателя, не всегда могли найти и исправить ошибку. Но стоит отметить, что были те дети, которые отличились особой быстротой и правильностью выполнения задания, демонстрируя свои умения на высоком уровне.

С интересом дети играли в игру «Разрезные картинки» автора Е.Л. Агеевой. Ребятам предлагалось две предметные картинки. Первая более простая разделенная на 6 частей. Другая картинка более трудная разрезанная на 8-10 частей под различным углом. Детям предлагалась «починить» картинку. Также в данной игре был соревновательный момент. Два играющих, на скорость складывали картинки. Всего игра повторялась три раза с разными изображениями, побеждал тот, кто наберёт больше баллов, максимальное количество 3 балла, за каждую верно и быстро собранную картинку начислялся один бал. Ребята демонстрировали свою быстроту мыслительных процессов.

Сложной и занимательной оказалась для ребят игра «Сравни». Им предлагалось карточки с цветными парными картинками, на которой изображены предметы определенной группы (обувь, одежда, овощи и т.д.)

Детям было необходимо найти сходства и различия по цвету форме, вкусу, материалу и т.д., например, карточка, на которой изображены сапоги жёлтого цвета и туфли красного цвета. (Сапоги и туфли - обувь, это сходство. Различия у них по цвету, материалу). Не всем детям удавалось точно обозначить, сходства и различия предметов, затруднялись подобрать нужные слова.

С лёгкостью большинство детей справились с устной игрой «Лишнее слово». Воспитатель предлагал ребёнку внимательно послушать слова и найти «лишнее слово» и обосновать свой ответ. Больше всех детям понравилась разработанная нами игра «Пираты». Детям предлагалось яркое нарисованное игровое поле с дорожками, где изображены островки, пещеры, золото, различные дикие животные. Ребятам было необходимо добраться до клада. На пути им встречались разные препятствия. Например, если игрок попал на кружок под № 5, 15, 22 и т.д. ему было необходимо отгадать загадку. Побеждал тот игрок, который первый доберётся до финиша, верно отгадав все загадки.

Методика работы с дидактическими играми заключалась в следующем:

Организация дидактических игр осуществлялась по трём основным направлениям:

1. Подготовка к проведению дидактической игры;
2. Проведение дидактической игры;
3. Анализ игры.
4. Модификация игры совместно с детьми

Подготовка к проведению дидактической игры заключалась в следующем:

- выбор игры соответствующей дидактической задаче;
- определение места проведения дидактической игры;
- подготовка игрового материала;
- установление времени игры в режиме дня.

Проведение дидактической игры имеет следующие ступени:

- установление количества играющих;
- мотивация детей;
- знакомство детей с содержанием игры, знакомство с дидактическим материалом;
- объяснение хода и правил игры;
- показ игровых действий;
- определение роли воспитателя в игре;
- руководство ходом игры;
- проведение рефлексии.

Анализ игры направлен:

- на определение индивидуальных особенностей каждого ребёнка, его поведения;
- усложнение игры, снабжение новым игровым оборудованием.

Модификация игры совместно с детьми: изменение игр, внесение новых игровых правил на основе интересов и желаний ребёнка.

Также стоит отметить необходимые условия для проведения игры:

- Чёткая, эмоционально – выразительная речь (необходимо внятно разъяснить детям игровые правила и задачи);
- учителю в игре отводиться роль равноправного партнера (поддерживать интерес к игровым действиям каждого ребёнка);
- давать возможность каждому играющему быть в роли, как и участника, так и ведущего;
- варьировать правила игры;
- осуществлять индивидуально – дифференцированный подход к детям, через всевозможные вариации игровых заданий и правил;
- наглядный материал должен быть доступным и ёмким.

Игровая деятельность в рамках развития детей оказывает влияние на формирование произвольности психических процессов, развивается

произвольная память и произвольное внимание. В условиях реализации игры дети способны лучше сосредоточиться и больше запомнить. Игровая ситуация и определенные игровые действия оказывают положительное влияние на всестороннее развитие ребенка.

Использование дидактических игр как метода коррекции и развития повышает интерес детей к занятиям, развивая сосредоточенность и обеспечивая более эффективное усвоение программного материала. В рамках дидактической игры учебная и познавательная задача связывается с игровой, поэтому организация игры требует особого внимания и подразумевает элементов занимательности: сюрпризности, поиска, отгадывания и т. д.

Таким образом, эффективных результатов коррекции психического развития у младших школьников с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью можно достичь, оптимально сочетая медикаментозные и немедикаментозные методы, к которым относят психолого-педагогические и нейропсихологические коррекционные программы [Брызгунов И.П., Касатикова Е.В., 2008].

3.3. Контрольный эксперимент и его анализ

На контрольном этапе эксперимента была проведена повторная диагностика, использовались методы исследования и критерии оценки, как и на констатирующем этапе эксперимента. Сравнительные показатели компонентов психического развития младших школьников с СДВГ экспериментальной группы на констатирующем и контрольном этапах исследования отражены в таблице 1.

В результате опытно-практической работы выявлена положительная динамика по всем показателям сформированности «внутренней позиции школьника». Степень выраженности внутренней позиции школьника на

контрольном этапе эксперимента продемонстрирована испытуемыми в основном на среднем уровне, при этом значительно уменьшилось количество детей с низким уровнем сформированности.

Таблица 1.

Динамика психического развития детей младшего школьного возраста с СДВГ

Уровни	Констатирующий эксперимент		Контрольный эксперимент	
	Кол-во человек	в %	Кол-во человек	в %
Сформированность «внутренней позиции школьника»				
Высокий	6	20	13	43,3
Средний	15	50	14	46,7
Низкий	9	30	3	10
Сформированность мотивации к обучению в школе				
Сформирована	11	36,7	21	70
Не сформирована	19	63,3	9	30
Уровень развития словесно-логического мышления				
Высокий	5	16,7	11	36,7
Средний	9	30	12	40
Низкий	16	53,3	7	23,3
Уровень развития внимания (объем)				
В норме	0	0	6	20
Ниже среднего	12	40	12	40
Низкий	15	50	12	40
Очень низкий	3	10	0	0
Уровень развития внимания (концентрация)				
В норме	0	0	6	20
Ниже среднего	6	20	13	43,3
Низкий	17	56,7	8	26,7
Очень низкий	7	23,3	3	10
Уровень развития внимания (устойчивость)				
В норме	0	0	6	20
Ниже среднего	9	30	15	50
Низкий	15	50	7	23,3
Очень низкий	6	20	2	6,7
Речевое развитие				
Высокий	8	26,7	14	46,7
Средний	16	53,3	15	50
Низкий	6	20	1	3,3

Количество детей с высоким уровнем увеличилось на 23,3 %, доля детей со средней степенью сформированности внутренней позиции школьника уменьшилась на 3,3 % за счет перемещения основной массы детей в группу с высоким уровнем. Отсутствие сформированной внутренней

позиции школьника на контрольном этапе эксперимента повторно выявлено у 10 % младших школьников (Рис. 6).

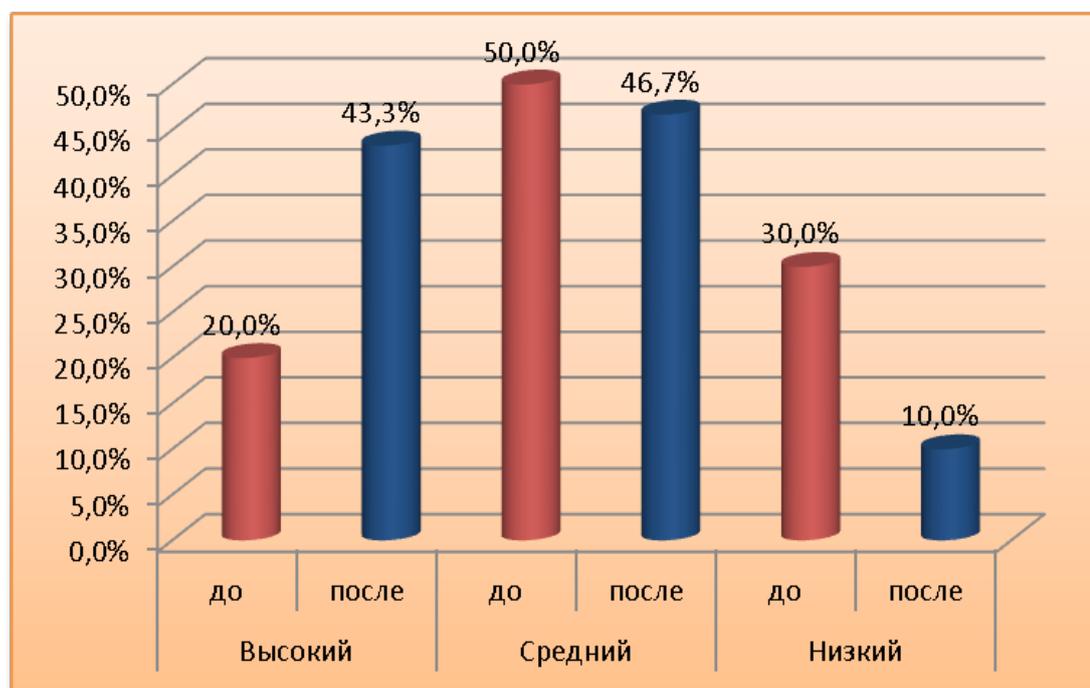


Рис. 6. Результаты изучения динамики сформированности «внутренней позиции школьника» у младших школьников с СДВГ по методике «Беседа об отношении к школе и учению» Т.А. Нежнова на контрольном этапе эксперимента

Что касается развития мотивации к учебной деятельности, то можно отметить, что количество детей с несформированной мотивацией к обучению в школе существенно снизилось – на 33,3 %. Соответственно, на 33,3 % увеличилась доля детей с высоким уровнем сформированности мотивации к учебной деятельности (Рис. 7).

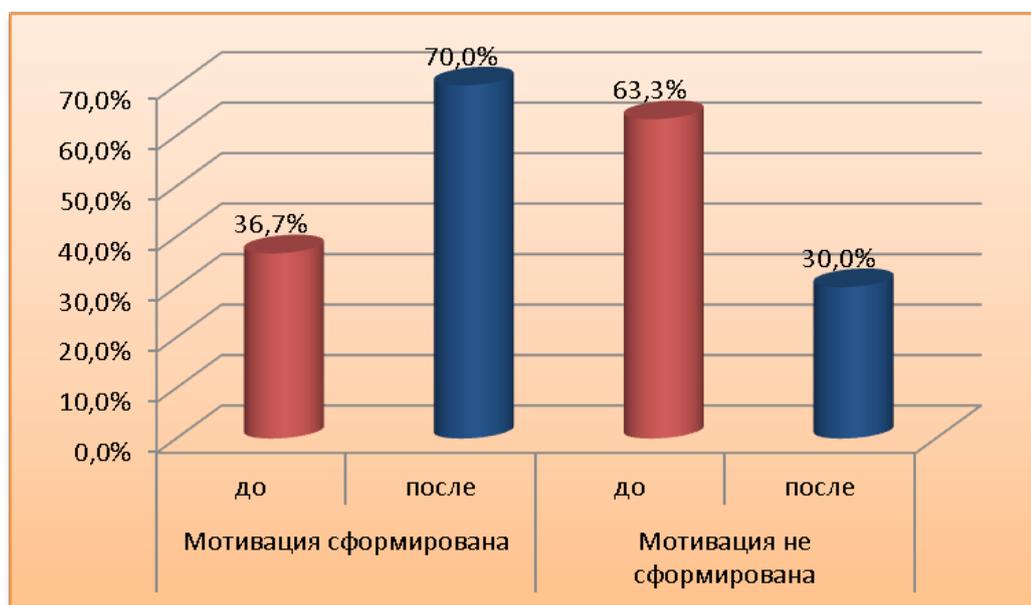


Рис. 7. Результаты изучения динамики сформированности мотивационной готовности у младших школьников с СДВГ по методике исследования мотивации учения у младших школьников М.Р. Гинзбурга на контрольном этапе эксперимента

Показатели различных компонентов внимания также существенно улучшились.



Рис. 8. Результаты исследования динамики развития объема внимания у детей младшего школьного возраста с СДВГ по методике «Корректирующая проба» Б. Бурдона на контрольном этапе эксперимента

После проведенной работы уровень объема внимания «в норме» зафиксирован у 20 % испытуемых. Показатели уровня «ниже среднего» и «низкий» остались на прежнем уровне, но в данные группы попали дети, у которых ранее был выявлен низкий и очень низкий уровень. На данном этапе эксперимента показатели очень низкого уровня не выявлены (Рис. 8).

Что касается динамики развития концентрации внимания, то в рамках данного аспекта также наблюдаются значительные улучшения. Уровень «в норме» выявлен у 20 % детей. Показатели уровня «ниже среднего» выросли на 23,3 %, «ниже среднего» - снизились на 30 %. Очень низкий уровень концентрации внимания остался на прежнем уровне у 10 % испытуемых (Рис. 9).

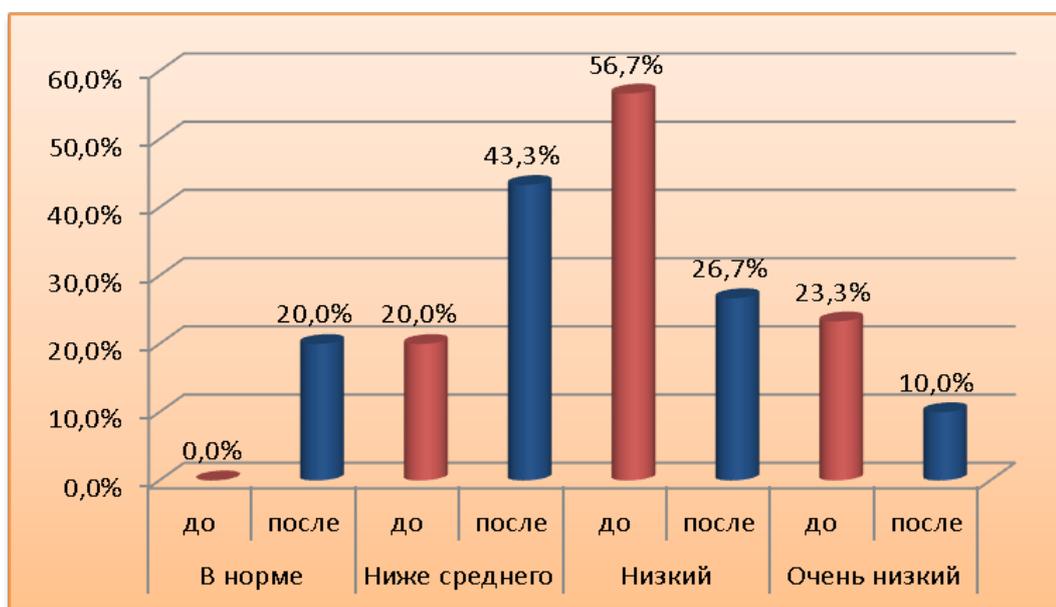


Рис. 9. Результаты исследования динамики развития концентрации внимания у детей младшего школьного возраста с СДВГ по методике «Коррективная проба» Б. Бурдона на контрольном этапе эксперимента

Уровень устойчивости внимания «в норме» выявлен у 20 % детей. Показатели уровня «ниже среднего» в контексте устойчивости внимания выросли на 20 %, «ниже среднего» - снизились на 26,7 %. Очень низкий уровень концентрации внимания остался на прежнем уровне у 2 человек – 6,7% испытуемых (Рис. 10).

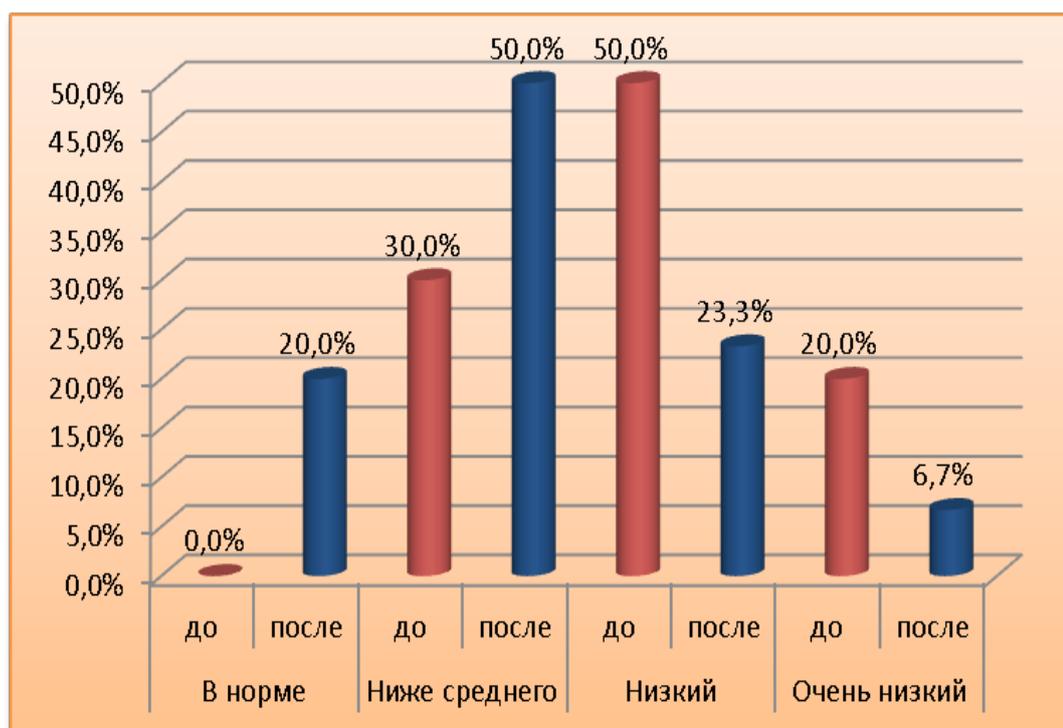


Рис. 10. Результаты исследования динамики развития устойчивости внимания у детей младшего школьного возраста с СДВГ по методике «Корректирующая проба» Б. Бурдона на контрольном этапе эксперимента

Анализ данных, полученных в ходе контрольного эксперимента, позволяет констатировать и существенное повышение уровня развития логического мышления у младших школьников экспериментальной группы. На 20 % увеличилось количество детей, уровень логического мышления которых соответствует высокому уровню сформированности. С 30 до 40 % увеличилось количество детей со средним уровнем развития логического мышления. При этом на 30 % уменьшилась доля детей с низким уровнем развития логического мышления (Рис. 11).

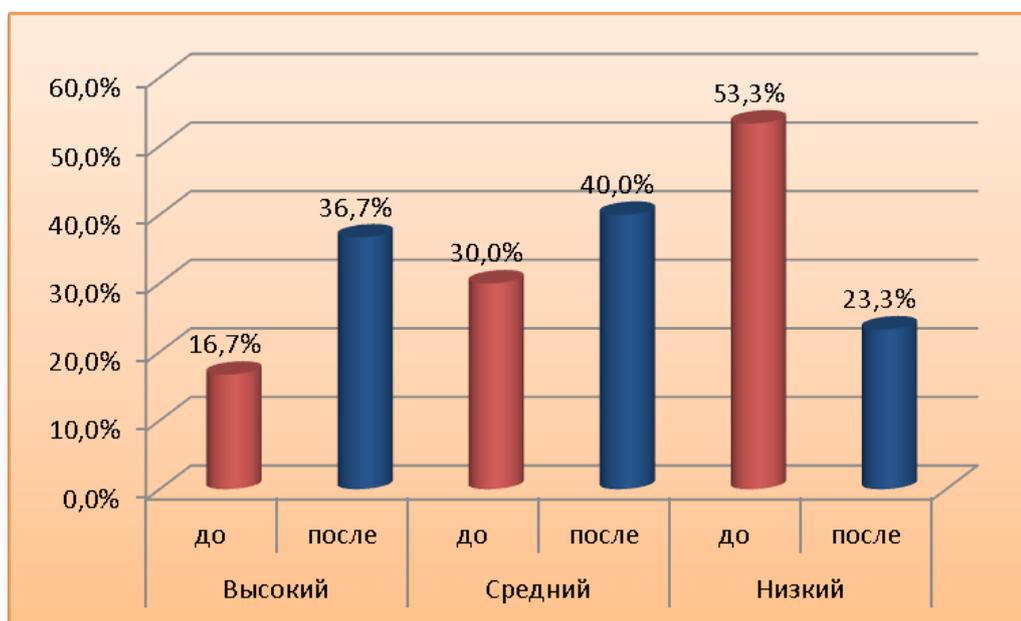


Рис. 11. Результаты исследования динамики развития словесно-логического мышления и сформированности основных мыслительных операций у младших школьников с СДВГ по методике «Диагностика мышления» Э. Ф. Замбацявичене на контрольном этапе эксперимента

После проведенной работы можем наблюдать и динамику речевого развития по всем показателям: сформированность словаря и наличие навыков связной речи, грамматический строй речи, звуковая культура речи. Повторная диагностика особенностей речевого развития выявила увеличение на 20 % детей с высоким уровнем, количество детей со средним уровнем снизилось на 3,3 % за счет увеличения доли детей с высоким уровнем. Соответственно количество детей с низким уровнем снизилось на 16,7 %. Особо следует отметить, что проведение опытно-практической работы не оказало влияния на степень сформированности речевых умений и навыков одного из детей (Рис. 12).

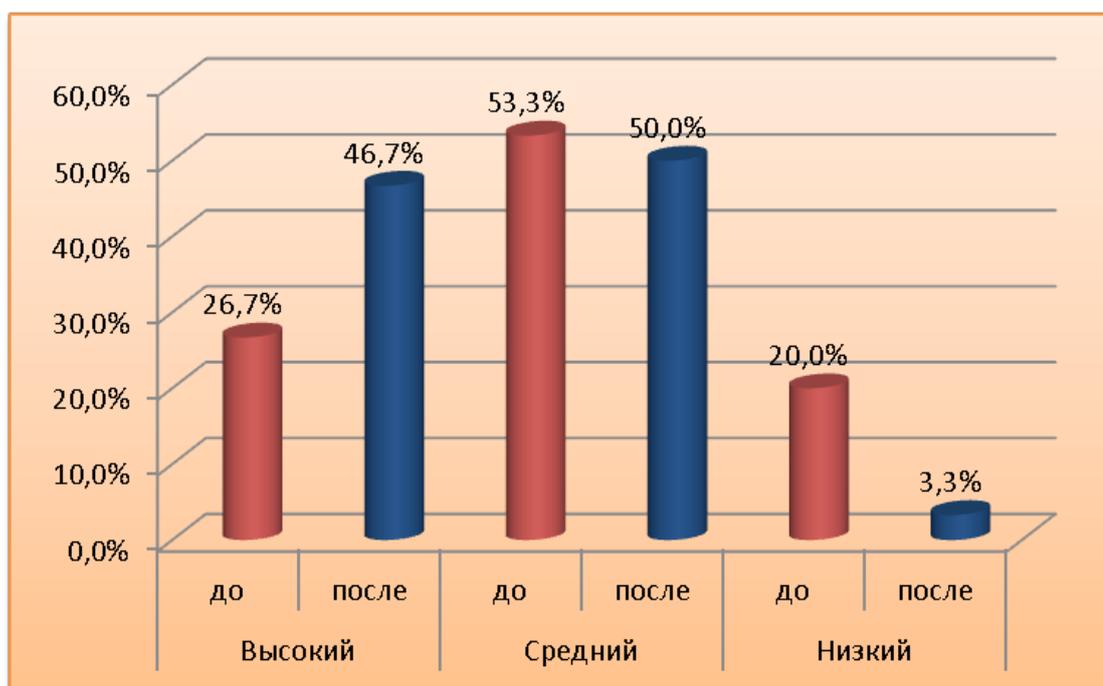


Рис. 12. Результаты исследования динамики развития речи у младших школьников с СДВГ по методике «Диагностика уровня развития речи» А.А. Реан на контрольном этапе эксперимента

Таким образом, повторная диагностика особенностей психического развития младших школьников с СДВГ выявила существенное увеличение количества детей со средним и высоким уровнем, соответственно количество детей с низким уровнем снизилось, либо отсутствует вовсе. У преобладающего большинства детей наблюдается устойчивая мотивация к учению и учебно-познавательный интерес, деятельность этих детей стала более длительной и устойчивой, дети ориентированы на постоянное получение новой информации. Для большинства испытуемых характерен достаточный словарный запас, существенно улучшились показатели процессов внимания. Дети стремятся овладеть дополнительной информацией, любят и умеют рассуждать, при выполнении заданий стараются пользоваться альтернативными источниками для поиска информации. Также обнаружена активно формирующаяся потребность в знаниях, что свидетельствует о качественном формировании внутренней позиции школьника. Дети демонстрируют сознательную способность

перехода от одного вида деятельности к другому, проявляют самостоятельность в выполнении работ, часто предлагают оригинальные решения. Поиск ответа на нестандартные задания, как правило, завершается успешно. Проявляют высокую умственную активность, демонстрируют освоение навыков самоконтроля.

Выше изложенное свидетельствует о том, что в ходе целенаправленной комплексной работы с применением разнообразных методов и средств, психическое развитие детей младшего школьного возраста с СДВГ осуществляется достаточно успешно. Это дает основание считать проведенную опытно-практическую работу по развитию основных показателей психического развития младших школьников с СДВГ эффективной.

Выводы по третьей главе

1. В настоящее время существует множество методов лечения и коррекции синдрома дефицита внимания у детей, способных максимально эффективно скорректировать состояние ребенка. Коррекционная помощь в данной связи должна отличаться комплексным характером, объединяя разнообразные подходы психолого-педагогической коррекции, психотерапии, а также, при необходимости, медикаментозное лечение. Следует отметить, что выбор метода и способа лечения должен быть строго индивидуален.

2. Подходы к лечению и коррекции СДВГ, и доступные для этого методы, должны быть основаны на фундаментальных положениях отечественной общей, возрастной и специальной психологии о том, что личность ребенка представляется целостной психологической структурой, формирующейся в процессе жизни человека на основе усвоения им общественных форм сознания и поведения.

3. Наиболее эффективной при СДВГ является комплексная помощь, при которой объединяются усилия врачей, психологов, педагогов, работающих с ребенком, и его семьи. Лечение СДВГ должно быть своевременными и обязательно включать помощь семье ребенка с СДВГ (приемы семейной и поведенческой терапии); выработку у родителей навыков воспитания детей с СДВГ; просветительскую работу с учителями и коррекцию плана школьного обучения; психотерапию детей и подростков с СДВГ, преодоление трудностей и формирование навыков эффективного общения у детей с СДВГ в ходе специальных коррекционных занятий; лекарственную терапию и диету.

4. Эффективных результатов коррекции психического развития у младших школьников с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью можно достичь, оптимально сочетая медикаментозные и немедикаментозные

методы, к которым относят психолого-педагогические и нейропсихологические коррекционные программы.

Заключение

Анализ психолого-педагогической и медицинской литературы, а также результаты проведенного эмпирического исследования позволяют сделать следующие выводы:

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью – это патологическое состояние ребенка, характеризующееся нарушением способностей ребенка осуществлять контроль и регуляцию своего поведения, выражающееся в двигательной гиперактивности, нарушении процессов внимания и проявлениях импульсивности. Первые проявления СДВГ обычно отмечаются с 3-4-летнего возраста. Но когда ребенок становится старше и поступает в школу, у него возникают дополнительные сложности, поскольку начало школьного обучения предъявляет новые, более высокие требования к личности ребенка и его интеллектуальным возможностям. Именно в школьные годы становятся очевидными нарушения внимания, а также трудности освоения школьной программы и слабая успеваемость, неуверенность в себе и заниженная самооценка.

Дети с синдромом дефицита внимания имеют нормальный или высокий интеллект, однако, как правило, плохо учатся в школе. Помимо трудностей обучения, синдром дефицита внимания проявляется двигательной гиперактивностью, дефектами концентрации внимания, отвлекаемостью, импульсивностью поведения, проблемами во взаимоотношениях с окружающими. Помимо того, что дети с СДВГ плохо себя ведут и слабо учатся в школе, становясь старше, они могут оказаться в группе риска по формированию девиантных и антисоциальных форм поведения, алкоголизма, наркоманий. Раннее выявление СДВГ и своевременное проведение терапевтических и коррекционных мероприятий с использованием имеющихся современных методов позволяет преодолеть имеющиеся трудности и достичь положительных результатов. В качестве необходимых условий для эффективного достижения положительной

динамики выступают последовательность, своевременность и необходимая продолжительность оказываемой помощи.

Для экспериментального изучения особенностей психического развития детей младшего школьного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью было отобрано 30 учащихся. Среди них, 18 мальчиков и 12 девочек с наличием в анамнезе диагноза «СДВГ». Биологический возраст испытуемых на момент исследования составил от 7 до 8 лет. В ходе экспериментального изучения особенностей психического развития младших школьников лет с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью нами были получены следующие результаты:

У преобладающего большинства детей выявлено наличие среднего уровня сформированности внутренней позиции школьника, который характеризуется наличием положительного отношения к школе, ориентации на содержательные моменты школьной действительности. Мотивационная готовность детей к обучению в данной группе испытуемых в большинстве своем не сформирована. Внимание всех испытуемых характеризуется недостаточным для возрастной нормы объемом, недостаточной устойчивостью и сосредоточенностью (концентрацию) внимания. Логическое мышление в данной группе испытуемых сформировано преимущественно на низком и среднем уровнях. Речевое развитие детей данной группы испытуемых характеризуется в основном средним уровнем сформированности речевых навыков и умений. Это подтверждает выдвинутую нами гипотезу. В связи с этим нами предложены направления психологической коррекции особенностей психического развития детей младшего школьного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью.

В настоящее время существует множество методов лечения и коррекции синдрома дефицита внимания у детей, способных максимально эффективно скорректировать состояние ребенка. Коррекционная помощь в данной связи должна отличаться комплексным характером, объединяя

разнообразные подходы психолого-педагогической коррекции, психотерапии, а также, при необходимости, медикаментозное лечение. Следует отметить, что выбор метода и способа лечения должен быть строго индивидуален. Наиболее эффективной при СДВГ является комплексная помощь, при которой объединяются усилия врачей, психологов, педагогов, работающих с ребенком, и его семьи. Лечение СДВГ должны быть своевременным и обязательно включать помощь семье ребенка с СДВГ; выработку у родителей навыков воспитания детей с СДВГ; просветительскую работу с учителями и коррекцию плана школьного обучения; психотерапию детей и подростков с СДВГ, преодоление трудностей и формирование навыков эффективного общения у детей с СДВГ в ходе специальных коррекционных занятий; лекарственную терапию и диету.

Все выше изложенное свидетельствует о том, что эффективных результатов коррекции психического развития у младших школьников с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью можно достичь, оптимально сочетая медикаментозные и немедикаментозные методы, к которым относят психолого-педагогические и нейропсихологические коррекционные программы

Список использованной литературы

1. Авдулова Т.П. Психология игры: современный подход. — М: «Академия», 2009. — 208с.
2. Актуальные проблемы нейропсихологии детского возраста: учебное пособие// Под ред. Л.С. Цветковой. — 2-е изд,испр. — М.:«МПСИ», Воронеж: НПО «МОДЭК», 2006. — 296с.
3. Андрющенко Т.Ю. Коррекционные и развивающие игры для детей 6-10 лет./Андрющенко Т.Ю., Карабекова Н.В. М: «Академия», 2004. — 96с.
4. Артпедагогика и арттерапия в специальном образовании: учебн. для студентов средн. и высш. пед. учебн. заведений./Под ред. Е.А. Медведева, И.Ю. Левченко, Л.Н. Комисаровой, Т.А. Добровольской. — М.: «Академия», 2001. — 248с.
5. Балашова Ю.В. Основные проявления СДВГ и практические рекомендации родителям и педагогам по его коррекции/ Ю.В. Балашова/ Психологическая служба в образовательном пространстве Ворошиловского района. Ростов-на-Дону: Изд-во «Булат», 2004. С. 138-142.
6. Белехов Ю.Н., Давиденко Н.В. Комплексная психолого-педагогическая помощь ребенку с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью// актуальные проблемы психологического знания: теоретические и практические проблемы психологии №1(6). – М.: МПСИ, 2008.
7. Безруких М.М. Дети, которых не понимают взрослые //Дошкольное воспитание. – 2002. – №5.
8. Безруких М.М., Логинова Е.С. Интеллектуальное развитие детей 6–7 лет с дефицитом внимания и гиперактивностью // Экология человека. 2010. № 11. С. 40–46.
9. Блейхер В.М. Клиническая патопсихология: руководство для врачей и клинических психологов/ В.М. Блейхер, С.Н. Боков, И.В. Крук. — 2-е изд., испр. и доп. — М. «МПСИ»; НПО «МОДЭК», 2006. — 624с.

10. Бизюк А.П. Основы нейропсихологии: учебное пособие для вузов. — СПб.: «Речь», 2010. — 293 с.
11. Брызгунов И.П., Касатикова Е.В. Непоседливый ребенок или Все о гиперактивных детях/ И.П. Брызгунов, Е.В. Касатикова. М.: Изд-во «Психотерапия», 2008. - 208 с.
12. Брызгунов И.П., Касатикова Е.В. Дефицит внимания с гиперактивностью у детей. М., 2002. - 128 с.
13. Бухтояров И., Куташов В.А., Шульга А.С. Современный подход к лечению СДВГ // Центральный научный вестник. 2016. Т. 1. № 17. С. 3-7.
14. Васильева А.А. Психолого-педагогические механизмы формирования познавательной деятельности у детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста с СДВГ/ А.А. Васильева // Актуальные проблемы психологического знания: теоретические и практические проблемы психологии. 2013. № 1(26). С. 61-54.
15. Волков Б.С., Волкова Н.В. Психология детства/ Б.С. Волков, Н.В. Волкова / Под ред. Б.С. Волкова. М.: Изд-во АПО, 2007. 152 с.
16. Воронин Н.А. Особенности памяти у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности 6–8 лет // Спец. психология. 2008. № 2(16). С. 53–61.
17. Возрастная и педагогическая психология: Хрестоматия: Учебное пособие для студентов вузов / Сост. И. В. Дубровина, А. М. Прихожан, В. В. Зацепин. – М.: Академия, 2010. – 368 с.
18. Выготский Л.С. Развитие трудного ребенка и его изучение/Выготский Л.С. Собрание сочинений: в 6-ти тт. Т. 5. М., 2004. С. 175-180.
19. Выготский Л.С. Развитие высших форм внимания в детском возрасте/ Л.С. Выготский / Хрестоматия по вниманию. М., 2004. С. 186.
20. Габдракипова В.И., Эйдемиллер Э.Г. Психологическая коррекция детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью (с учетом их

- половых различий): программа, методические рекомендации / В.И. Габдракипова, Э.Г. Эйдемиллер. М.: УЦ «Перспектива», 2009. 44 с.
21. Гамезо М.В., Петрова Е.А., Орлова Л.М. Возрастная и педагогическая психология/ М.В. Гамезо, Е.А. Петрова, Л.М. Орлова. М.: Изд-во Педагогического общества России, 2015.
 22. Гиперактивные дети: коррекция психомоторного развития: учебное пособие для студентов высших учебных заведений / П. Альтхерр, Л.Берг, А. Вёльфль и др. / Под ред. М. Пассольта. Пер. с нем. В.Т. Алтухова. М.:Изд-ий центр «Академия», 2004. 160 с.
 23. Глуханюк Н.С. Практикум по психодиагностике/ Глуханюк Н.С., Дьяченко Е.В., Семёнова С.Л. —4-е изд.,стер. — М.: «МПСИ»; Воронеж: НПО «МОДЕК», 2009. — 208с.
 24. Григоренко Е.Л. Генетические основы синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ)/ Е.Л. Григоренко / Когнитивные исследования: сборник научных трудов / Под ред. В.Д. Соловьев, Ю.И. Александров. М.: Изд-во Института психологии РАН, 2010. Вып. 4. С. 100-118.
 25. Гордиевич М.И. Особенности психического развития детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности и их реабилитация по системе интенсивной нейрофизиологической реабилитации В.И. Козьявкина // Коллекция гуманитарных исследований. 2016. № 3 (3). С. 43-50.
 26. Давиденко Н. В. Психолого-педагогическая помощь семье ребенка с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью // Образование и семья: проблемы сопровождения. Материалы Международной научно-практической конференции. Под общ ред. И.А. Хоменко, СПб. – 2008.
 27. Давыдов В.В. Лекции по общей психологии: учебное пособие — 2-е изд.,стер. — М.: «Академия», 2008. — 176с.
 28. Детский практический психолог: программы и методические материалы./Под ред. О.А. Шаграевой, С.А. Козловой. — М: «Академия», 2001. — 256с.

29. Дети с СДВГ: причины, диагностика, комплексная помощь /Под ред. М.М.Безруких. – М.: Изд-во Моск. Психолого-пед. института; Воронеж: Изд-во НПО «МОДЭК», 2009. - 248 с.
30. Депутат И.С. Характерные особенности структуры интеллекта у детей с СДВГ в младшем школьном возрасте // Вестник Северного (Арктического) федерального университета. Серия: Медико-биологические науки. 2014. № 1. С. 13-21.
31. Дробинская А.О. Синдром гиперактивности с дефицитом внимания [Текст] / А.О. Дробинская // Дефектология. 2006. № 3. С. 72-74.
32. Дружинин В.Н. Психология: учебник для гуманит. вузов. — 2-е изд. — СПб: «Питер», 2006. — 176с.
33. Егорова Т.И. Клиническая гетерогенность и возможность терапии синдрома дефицита внимания и гиперактивности.// Т.И. Егорова, Л.С. Чутко, С.Ю. Сурушкина.// Вопросы психического здоровья детей и подростков. — 2009 (9), N1. — с. 110-116.
34. Евсеева Ю.В., Смирнова М.В., Канбекова Р.И., Гребнева Н.Н. Нарушения высших психических функций и их коррекция у детей с синдромом дефицита внимания // Сборник научных трудов по материалам международной научно-практической конференции. 2010. Т. 33. № 4. С. 12-17.
35. Желобова Е.А. Нарушения психического развития и адаптации у детей младшего школьного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью (СДВГ) // Известия Российского государственного педагогического университета им. А. И. Герцена. 2011. № 132. С. 326-331.
36. Заваденко, Н. Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте : учеб. пособие для вузов / Н. Н. Заваденко. — 2-е изд., перераб. и доп. — М. : Издательство Юрайт, 2018. — 274 с.
37. Заваденко Н.Н. Факторы риска при формировании дефицита внимания и гиперактивности у детей - Мир психологии, 2000. - №1.

38. Заваденко Н.Н. Как понять ребёнка: дети с гиперактивностью и дефицитом внимания. — М.: «Школа-Пресс», 2001. — 112с.
39. Залевский Г.В. «Дети индиго»: психологическая реальность или психологический миф? Между одарённостью и СДВГ/ Г.В. Залевский, Ю.В. Кузьмина //Сибирский психологический журнал №31 — 2009, стр. 73-76.
40. Запятая О. В. Формирование социальных умений младших школьников в образовательной среде школы: автореф. дис. ... канд. пед. наук:13.00.01 / Запятая Ольга Валентиновна. - Пенза, 2011. - 22 с.
41. Исаев Д.Н. Психопатология детского возраста: учебник для вузов / Д.Н. Исаев. СПб: Изд-во Спец. лит., 2011. 463 с.
42. Истратова О.Н. Практикум по детской психологии: игры, упражнения, техники. — 5-е изд. — СПб.: «Феникс», 2011. —349с.
43. Игровые методы коррекции трудностей обучения в школе. Под ред. Ж.М.Глозман. —М.: «М.В. Секачѳв», 2006. —96с.
44. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология. — 4-е изд. — СПб.:«Питер», 2008. — 1312 с.
45. Клиническая психология/Под ред. М. Перре, У. Бауманна. — СПб: «Питер», 2006. — 176с.
46. Крайг Г. Психология развития. – 9-е изд. — СПб: «Питер», 2010. — 944с.
47. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Личностные и диссоциативные расстройства: расширение границ диагностики и терапии/ Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитриева. Новосибирск: Изд-во НГПУ, 2006. С. 6-7.
48. Карампур Р. Речевые нарушения у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности // Вестник РГГУ. Серия: Психология. Педагогика. Образование. 2012. № 15 (95). С. 240-246.
49. Касатикова Е.В., Брызгунов И.П. Характеристика детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. 2001. Т. 80. № 2. С. 40-42.

50. Кинтанар Л. Анализ зрительно-пространственной деятельности у детей дошкольного возраста с синдромом дефицита внимания/ Л.Кинтанар, Ю.Соловьёва, Р.Бонилла//Физиология человека.-2006-Т.32,№1.-с.45-48.
51. Куликов В.П. Устройство для создания дозированной гипоксической гиперкапнии / В.П. Куликов, А.Г. Беспалов // II объединенная научная сессия Сибирского отделения РАН и Сибирского отделения РАМН «Новые технологии в медицине». Новосибирск, 2002. С. 85.
52. Кропотов Ю.Д. Современная диагностика и коррекция синдрома нарушения внимания. — Спб.: Элби,2005. — 148с.
53. Крупская Е.В. Особенности организации внимания у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (аналитический обзор) //Журнал высшей нервной деятельности. —2006, Т.56.-№6. — с.731-741.
54. Кузнецова И.В. Многоосевой аспект коррекции психомоторного развития детей дошкольного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивности//Вопросы психического здоровья детей и подростков. — 2009 (9), N1. — с. 105-110.
55. Кулагина И.Ю. Возрастная психология//Кулагина И.Ю., Колюцкий Н.В. —М.: Академ.проект: «Трикта», 2011— 432с.
56. Лебеденский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте. — 5-е изд., стер. — М: «Академия»,2008. — 144с.
57. Лисина, М. И. Формирование личности ребенка в общении. / М.И. Лисина – СПб.: Питер, 2009. – 320 с.
58. Леонтьев А.Н. Лекции по общей психологии. — 5-е изд., стер. — М: «Академия»,2009. — 511с.
59. Локанова Н.П. Школьная неуспеваемость: причины, психокоррекция, психопрофилактика: учебное пособие/1-е изд. М.: «Академия», 2009.
60. Лурия А.Р. Лекции по общей психологии. — СПб.: «Питер» 2010., 320с.
61. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии: учебное пособие — 7-е изд. — М.: «Академия», 2009. — 384с.

62. Лютова Е.К. Шпаргалка для взрослых : Психокоррекционная работа с гиперактивными, агрессивными, тревожными и аутичными детьми/ Е.К. Лютова, Г.Б. Моница — М.: «Генезис», 2005. — 192с.
63. Мамайчук И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. — М.: «Генезис», 2010. — 400с.
64. Младший школьник: развитие познавательных способностей: Пособие для учителя / И.В. Дубровина, А.Д. Андреева, Е.Е. Данилова и др.; Под ред. И.В. Дубровиной. – М.: Просвещение, 2003. – 208 с.
65. Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте: классификация психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в соответствии с МКБ – 10. Научная ред. И предисл. А.Н. Моховикова. Перевод с английского: учебное пособие. — 2-е изд, испр. — М.: «Академия», 2008. — 408с.
66. Немов Р.С. Психология / Р.С. Немов. М.: Изд-во «Просвещение», 2005. 239 с.
67. Обухова Е.Ю. Нарушения внимания у детей с особенностями развития/ Е.Ю. Обухова, Т.А. Строганова, В.В. Грачёв // Вопросы психологии — 2008, №3. — стр.61-71.
68. Овчарова Р.В. Технологии практического психолога образования/ Р.В. Овчарова. М., 2010.
69. Очерки сенсомоторной деятельности ребенка с СДВГ: моногр. / А.В. Грибанов, А.В. Канжин, Д.Н. Подоплёкин. Архангельск, 2006. 118 с.
70. Осипова А.А. Диагностика и коррекция внимания: программа для детей 5-9 лет./Осипова А.А., Малашинская Л.И. — М.: ТЦ «Сфера», 2004. — 104с.
71. Основы специальной психологии. Под ред. Л.В. Кузнецовой. — М.: «Академия», 2007. — 480с.
72. Павлова М. Гиперактивный ребенок/ М. Павлова // Дошкольное воспитание. 2012. № 11.

73. Перепада О.М. Особенности психодиагностического процесса дислексии у детей младшего школьного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью // Научный потенциал. 2013. № 2 (11). С. 82-87.
74. Политика О.И. Дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью. СПб., 2005. 208 с.
75. Поварнин Н.И. Внимание и его роль в простейших психических процессах/ Н.И. Поварнин. СПб.: Изд-во «Нева», 2010.
76. Романчук О.И. Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей / Пер. с укр. - М.: Генезис, 2010. – 336 с.
77. Рогов Е.И. Настольная книга практического психолога/ Е.И. Рогов. М., 2000.
78. Рунова М.А., Мусаева С.Н. Коррекционная работа с гиперактивными детьми 5-7 лет / М.А. Рунова, С.Н. Мусаева // Ребенок в детском саду. 2006. № 4. С. 36-40.
79. Рычкова Н.А. Деадаптивное поведение детей: Диагностика, коррекция, психопрофилактика: учебно-практическое пособие / Н.А. Рычкова. М.: Изд-во «ГНОМ и Д», 2010. 96 с.
80. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Проблемные дети: Основы диагностической и коррекционной работы психолога / Н.Я. Семаго, М.М. Семаго. М., 2000.
81. Семаго Н.Я. Теория и практика оценки психического развития ребёнка. Дошкольный и младший школьный возраст/ Семаго Н.Я, Семаго М.М. —СПб.: «Речь», 2010. — 384с.
82. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей: учебное пособие /Романцова Е.Б., Бабцева А.Ф., Молчанова И.Н., Фомина А.Г., Чупак Э.Л., Шанова О.В., Арутюнян К.А., Бойченко Т.Е. - Благовещенск, 2009. – 21 с.
83. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей/А.В. Грибанов, Т.В. Волокитина, Е.А. Гусева, Д.Н. Подоплекин / Под

- общ.ред.А.В. Грибанов. М.: Изд-во «Академический проект», 2004. 144 с. (Руководство практического психолога).
84. Сиротюк А. Детская гиперактивность: причины, рекомендации / А. Сиротюк // Дошкольное воспитание. 2007. № 8. С. 44-50.
85. Столяренко Л.Д. Педагогическая психология/ Л.Д. Столяренко. Ростов-на-Дону: Изд-во «Феникс», 2004. 544 с.
86. Сухотина Н.К., Егорова Т.И. Оценочные шкалы синдрома дефицита внимания с гиперактивностью/ Н.К. Сухотина, Т.И. Егорова // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. № 4. Т. 18. С. 15-21.
87. Семенова О.А., Кошельков Д.А., Мачинская Р.И. Возрастные изменения произвольной регуляции деятельности в старшем дошкольном и младшем школьном возрасте // Культурно-историческая психология. 2007. №4. - С. 39-49.
88. Труфанова Г.К., Нугаева О.Г. Проблемы социальной адаптации детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью в младшем школьном возрасте // Педагогическое образование в России. 2015. № 7. С. 219-224.
89. Уэндер П. Синдром нарушения внимания с гиперактивностью/ Уэндер П., Шейдер Р. /Психиатрия. — М.: «МЕДпресс», 2008. — с.374-403.
90. Ульенкова У.В. Организация и содержание специальной психологической помощи детям с проблемами в развитии: учебное пособие. — М.: «Академия», 2007. — 175с.
91. Хузеева, Г.Р., Быковская, Е.В., Трошина, А.А. Диагностика и развитие коммуникативной компетентности детей младшего школьного возраста / Г.Р. Хузеева, Е.В. Быковская, А.А. Трошина. - М.: ВЛАДОС, 2014. - 80 с.
92. Чудимов В.Ф., Куликов В.П., Куропятник Н.И., Бойко Е.А. Применение гипоксически-гиперкапнических тренировок у детей с синдромом дефицита внимания для коррекции проблем школьной дезадаптации // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2011. – № 3. – С. 36–39.

93. Чудимов В.Ф., Беспалов А.Г., Бойко Е.А, Гусарова Л.Г., Ульянова Л.Г., Серебрякова Н.П. Применение гипоксически-гиперкапнических тренировок на дыхательном тренажере «Карбоник» у школьников с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью для улучшения успеваемости и коррекции школьной дезадаптации: метод.пособие / В.Ф. Чудимов, А.Г. Беспалов, Е.А. Бойко, Л.Г. Гусарова, Л.Г. Ульянова. – Барнаул, 2011. – 25 с.
94. Чутко Л.С. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью. Клиническая типология и подходы к лечению//Педиатрия. Журнал имени Г.Н. Сперанского. —2009-Т.87, №2 — с.78-81.
95. Чутко Л.С. Школьная дезадаптация в клинической практике детского невропатолога/ Л.С. Чутко. СПб., 2005. 53 с.
96. Чутко Л. С., Кропотов Ю.Д., Пальчик А. Б. Синдром нарушения внимания с гиперактивностью у детей и подростков СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2004. С. 15.
97. Шевченко Ю.С. Коррекция поведения детей с гиперактивностью и психоподобным синдромом: практическое руководство для врачей, психологов и педагогов / Ю.С. Шевченко. М.: Изд-во «Вита-Пресс», 2007. 52 с.
98. Яковлева М.Б. Исследование высших психических функций у младших школьников. // Качество науки - качество жизни: Сборник материалов 4-й международной научно-практической конференции: 26-27 февраля 2011. Тамбов: Издательство Тамбовпринт, 2011. С. 421-423.
99. Ясницкая В. Р. Социальное воспитание в классе: теория и методика: учеб.пособие для студентов вузов / В. Р. Ясницкая. - М. : Академия, 2014. - 352 с.

Приложение

Приложение 1.

Вопросы, рекомендованные СОИП и ПКК

1. Как тебя зовут? (название фамилии вместо имени не ошибка)
2. Сколько тебе лет?
3. Как зовут твоих родителей? (название уменьшительного имени не ошибка)
4. Какой сегодня день недели? Вчера? А завтра?
5. Утром завтракаем, а вечером.... (допускается помощь «днем – обедаем»)
6. Что остается на земле после дождя? (правильный ответ – лужи, грязь, вода, слякоть)
7. Чем отличается зима от лета? (2 -3 признака)
8. Чем похожи молоток и топор? (2 признака)
9. Каких домашних (диких) животных ты знаешь? (ребенок называет не менее 3-4 животных)
10. Назови свой домашний адрес?

Приложение 2.**Модифицированный вариант методики «Беседа об отношении к школе и учению» (Т.А. Нежнова)**

Ход работы: беседа проводится строго индивидуально. Все ответы ребенка протоколируются. В протоколе фиксируются также данные наблюдения за ребенком во время беседы с ним.

Психолог знакомится с ребенком и спрашивает, хочет ли он пойти в школу?

Далее психолог говорит: «Я буду рассказывать маленькие истории про тебя самого, но только не о том, что с тобой уже бывало или случилось, а что могло бы случиться. А ты будешь мне говорить, чтобы ты сделал или сказал, если бы такая история произошла с тобой».

1. Представь себе, что сегодня вечером мама вдруг скажет: «Ребенок, ты ведь у меня еще маленький, трудно тебе в школу ходить. Если хочешь я пойду и попрошу, чтобы тебя из школы отпустили на месяц, на полгода или на год. Хочешь?» Что ты ответишь маме?
2. Представь себе, что мама договорилась с директором школы и тебя отпустили из школы с завтрашнего дня. Утром ты встал, умылся, позавтракал – в школу идти не надо, делай что хочешь. Что бы ты стал делать, чем бы стал заниматься в то время, когда другие ребята в школе?
3. Представь себе, что ты вышел погулять и встретил мальчика. Ему тоже семь лет, но он ходит не в школу, а в детский сад. Он тебя спрашивает: «Что надо делать, чтобы хорошо подготовиться к первому классу?» Что ты ему посоветуешь?
4. Представь себе, что тебе предложили учиться так, чтобы ты не ходил в школу, а наоборот, к тебе приходила бы каждый день учительница и учила тебя одного всему, чему учат в школе. Ты согласился бы учиться дома?
5. Представь себе, что ваша учительница неожиданно уехала в командировку на целый месяц. Приходит к вам в класс директор и говорит: «Мы можем

пригласить к вам другую учительницу на это время, а можем попросить ваших мам, чтобы каждая из них по одному дню побывала у вас в классе вместо учительницы». Как, по-твоему, будет лучше – чтобы пришла другая учительница или чтобы мамы заменяли учителя?

6. Представь себе, что есть две школы – школа А и школа Б. В школе А расписание уроков в первом классе такое: каждый день бывают уроки грамоты, чтения, математики, а уроки рисования, музыки, физкультуры – не каждый день. А в школе Б все наоборот: каждый день бывают физкультура, музыка, труд, рисование, а чтение, письмо и математика редко – по одному разу в неделю. В какой школе ты хотел бы учиться?

7. В школе А от первоклассника строго требуют, чтобы он внимательно слушал учителя и делал все, что он говорит, не разговаривал на уроках, поднимал руку, если надо что-то сказать или выйти. А в школе Б не делают замечания, если встаешь во время урока, поговоришь с соседом, выйдешь из класса без спросу. В какой школе ты хотел бы учиться?

8. Представь себе, что в какой-то день ты очень старательно работал на всех уроках, и учительница сказала: «Сегодня ты учился очень хорошо, просто замечательно, я хочу как-то особенно отметить тебя за такое хорошее учение. Выбирай сам – дать тебе шоколадку, игрушку или отметку в журнал поставить?» Чтобы ты выбрал?

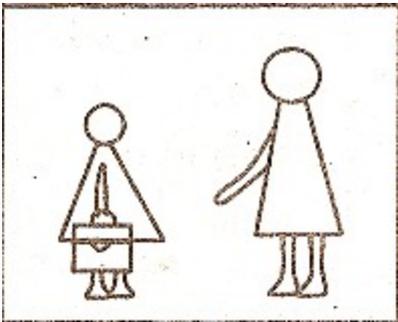
Приложение 3.

Методика исследования мотивации учения у старших дошкольников (М.Р. Гинзбург)

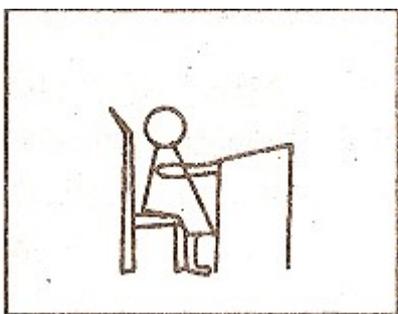
Инструкция: «Сейчас я прочитаю тебе рассказ» (зачитывается рассказ и одновременно перед ребенком на столе выкладываются картинки, иллюстрирующие его).

Сейчас я расскажу тебе историю. Девочки разговаривали про школу (если эксперимент проводится с мальчиком, то в рассказе фигурируют мальчики).

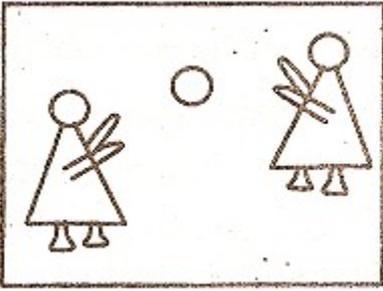
Первая девочка сказала: «Я хожу в школу, потому что меня заставляет мама. А если бы не мама, я бы в школу не ходила». На стол перед ребенком выкладывается карточка со схематическим рисунком 1 внешний мотив:



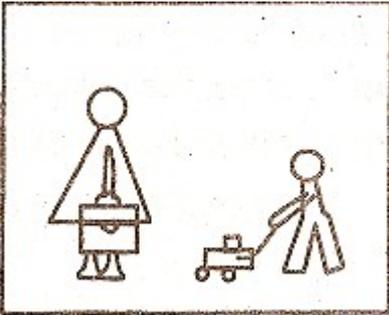
Вторая девочка сказала: «Я хожу в школу, потому что мне нравится учиться, нравится делать уроки. Даже если бы школы не было, я все равно бы училась». Выкладывается, карточка с рисунком 2 учебный мотив



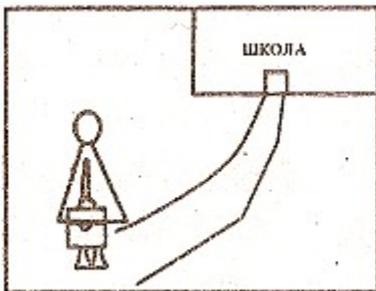
Третья девочка сказала: «Я хожу в школу, потому что там весело и много ребят, с которыми можно играть». Выкладывается карточка с рисунком 3 - игровой мотив:



Четвертая девочка сказала: «Я хожу в школу, потому что хочу быть большой. Когда я в школе, я чувствую себя взрослой, а до школы я была маленькой». Выкладывается карточка с рисунком 4 - позиционный мотив:



Пятая девочка сказала: «Я хожу в школу, потому что нужно учиться. Без ученья никакого дела не сделаешь, а выучишься - можешь стать, кем захочешь». Рисунок 5 - социальный мотив:



Шестая девочка сказала: «Я хожу в школу, потому что мне нравится получать пятерки». Рисунок 6 - мотив отметка:



После рассказа о девочках (мальчиках) экспериментатор задает ребенку следующие вопросы:

- Кто, по-твоему, из них прав? Почему?
- С кем из них ты хотел бы вместе играть? Почему?
- С кем из них ты хотел бы вместе учиться? Почему?

Дети последовательно осуществляют три выбора, отмечая соответствующим карандашом. Если содержание ответа прорывается ребенку недостаточно явно, ему напоминают содержание рассказа, соответствующее картинке.

Ребенок последовательно осуществляет три выбора картинок. Если содержание прочитанного рассказа недостаточно прослеживается в ответах ребенка, ему задают контрольный вопрос: «А что этот мальчик сказал?», чтобы психолог мог быть уверен в том, что ребенок произвел свой выбор, исходя именно из содержания рассказа, а не случайно указал на одну из шести картинок.

Методика Э. Ф. Замбацявичене

I субтест "Продолжите предложение одним из слов, содержащихся в скобках. Для этого подчеркните его». (Какое слово из всех, что я назову, подходит больше всего? Правильный ответ подчеркните).

задание
1. У сапога есть (шнурок, пряжка, подошва, ремешки, пуговицы).
2. В теплых краях обитает (медведь, олень, волк, верблюд, тюлень).
3. В году (24, 3, 12, 4, 7 месяцев).
4. Месяц зимы (сентябрь, октябрь, февраль, ноябрь, март).
5. В России не живет (соловей, аист, синица, страус, скворец).
6. Отец старше своего сына (часто, всегда, иногда, редко, никогда).
7. Время суток (год, месяц, неделя, день, понедельник).
8. Вода всегда (прозрачная, холодная, жидкая, белая, вкусная).
9. У дерева всегда есть (листья, цветы, плоды, корень, тень).
10. Город России (Париж, Москва, Лондон, Варшава, София)).

II субтест "Одно слово из пяти лишнее, оно не подходит ко всем остальным. Послушайте внимательно, какое слово лишнее? Правильный ответ подчеркните".

задание
1. Тюльпан, лилия, фасоль, ромашка, фиалка.
2. Река, озеро, море, мост, болото.
3. Кукла, медвежонок, песок, мяч, лопата.
4. Киев, Харьков, Москва, Донецк, Одесса.
5. Шиповник, сирень, тополь, жасмин, боярышник.
6. Окружность, треугольник, четырехугольник, указка, квадрат.
7. Иван, Петр, Нестеров, Макар, Андрей.
8. Курица, петух, лебедь, гусь, индюк.
9. Число, деление, вычитание, сложение, умножение.
10. Веселый, быстрый, грустный, вкусный, осторожный.

III субтест "К слову "птица" подходит слово "гнездо", скажите, какое слово подходит к слову "собака" так же, как к слову "птица" подходит слово "гнездо". Почему? Теперь надо подобрать пару к другим словам. Какое слово подходит к слову "георгин" так же, как к слову "огурец" подходит слово "овощ". Выберите из тех, что я вам назову. Итак, огурец - овощ, а георгин- ... Правильный ответ подчеркните".

задание

1	Огурец	Георгин
	Овощ	сорняк, роса, садик, <i>цветок</i> , земля
2	Учитель	Врач
	Ученик	очки, больные, палата, <i>больной</i> , термометр
3	Огород	Сад
	Морковь	забор, грибы, <i>яблоня</i> , колодец, скамейка
4	Цветок	Птица
	Ваза	клюв, чайка, <i>гнездо</i> , яйцо, перья
5	Перчатка	Сапог
	Рука	чулки, подошва, кожа, <i>нога</i> , щетка
6	Темный	Мокрый
	Светлый	солнечный, скользкий, <i>сухой</i> , теплый, холодный
7	Часы	Термометр
	Время	стекло, <i>температура</i> , кровать, больной, врач
8	Машина	Лодка
	Мотор	река, моряк, <i>парус</i> , волна, берег
9	Стул	Игла
	деревянный	острая, тонкая, блестящая, короткая, <i>стальная</i>
10	Стол	Пол
	Скатерть	мебель, <i>ковер</i> , пыль, доска, гвозди

IV субтест Каким общим словом можно назвать...?

Правильный ответ запишите".

Задание
1. Метла, лопата (инструменты)
2. Окунь, карась (рыбы)
3. Лето, зима (времена года)
4. Огурец, помидор (овощи)
5. Сирень, шиповник (кустарники)
6. Шкаф, диван (мебель)
7. День, ночь (время суток)
8. Слон, муравей (животные)
9. Июнь, июль (месяцы)
10. Дерево, цветок (растения)

Приложение 5.

Методика «Корректирующая проба»

Корректурная проба

СХАВСХЕВИХНАИСНХВХВКСНАИСВХВХЕНАИСНЕВХАК
 ВНХИВСНАВСАВСНАЕКЕАХВКЕСВСНАИСАИСНАВХНВК
 НХИСХВХЕКВХРВХЕИСНЕИНАИЕНКХКИКХЕКВКИСВХИ
 ХАКВНСКАИСВЕКВХНАИСНХЕКХИСНАКСКВХКВНАВСН
 ИСНАИХАЕХКИСНАИКХЕХЕИСНАХКЕКХВИСННАИХВИКХ
 СНАИСВНКХВАИСНАХЕКЕХСНАКСВЕЕВЕАИСНАСНКИВ
 КХКЕКНВИСНКХВЕХСНАИСКЕСИКНАЕСНКХКВИХКАКС
 АИСНАЕХКВЕНВКХЕАИСНКАИКНВЕВНКВХАВЕИВИСНА
 КАХВЕИВНАХИЕНАИКВИЕАКЕИВАКСВЕИКСНАВАХЕСВ
 НКЕСНКСВХИЕСВХКНКВСКВЕВКНИЕСАВИЕХЕВНАИЕН
 КЕИВКАИСНАСНАИСХАКВННАКСХАИЕНАСНАИСВКХЕВ
 ЕВХКХСНЕИСНАИСНКВКХВЕКЕВКВНАИСННАИСНКЕВКХ
 АВСНАХКАСЕСНАИСЕСХКВАИСНАСАВКХСНЕИСХИХЕК
 ВИКВЕНАИЕНЕКХАВИХНВИХКВЕХНВИСНВСАЕХИСНАИ
 НКЕХВИВНАЕИСНВИАЕВАЕНХВХВИСНАЕИЕКАИВЕКЕХ
 КЕИСНЕСАЕИХВКЕВЕИСНАЕАИСНКВЕХИКХНКЕАИСНА
 САКАЕКХЕВСКХЕКХНАИСНКВЕВЕСНАИСЕКХЕКНАИСН
 ИСНЕИСНВИЕХКВЕХИВНАКИСХАИЕВКЕВКИЕХЕИСНАИ
 ВХВКСИСНАИАИЕНАКСХКИВХНИКИСНАИВЕСНАКНЕХС
 СНАИКВЕХКВКЕСВКСНХИАСНАКСХКХВХЕАЕСКСЕАИК
 ИСНАЕХКЕХКЕИХНВХАКЕИСНАИКХВСХНВИЕХАЕСВЕ
 СНАИСАКВСНХАЕСХАИСНАЕНКИСХКЕХВХВЕКНЕИЕНА
 ЕХКЕКНАИВКВКХЕХИСНАИХКАХЕНАИЕНИКВКСИСНАИ
 ЕХВКВИЕХАИЕХЕКВСНЕИСНВНЕВИСНАЕАХНХКСНАХС
 ИСНАИЕИНЕВИСНАИВЕВХСИСВАИЕВХЕИХСКЕИЕКХКИН
 КЕВХВАЕСНАСНКИСХЕАЕХКВЕХЕАИСНАСАИСЕВЕКЕ
 ХВЕКХСНКИСЕХАЕКСНАИИЕХСЕХСНАИСВНЕКХСНАИС
 АВЕНАХИАКХВЕИВЕАИКВАВИХНАХКСВХЕХИВХАИСКА
 ВНСИЕАХСНАНАЕСНВКСНХАЕВИКАИКНКНАВСНЕКВХК
 СИАЕСВКХЕКСНАКСХВХКВСНХКСВЕХКАСНАИСКСХКЕ
 НАИСНХАВКЕВКХЕИИСНАИНХАСНЕХКСХЕВКХЕИХНАИ
 КЕВХСНВИХНКВХЕКНСИЕНХАИВЕНАИХНХКВХЕНАИСН
 ВКЕВХАИСХАХКВНВАИЕНСХВКХЕАИСНАВХСВКАХСНА

Оценка устойчивости внимания в баллах

Продуктивность	Точность
----------------	----------

менее 1010	1	%	баллы
1010 - 1175	3	менее 70	1
1175 - 1340	5	70 - 72	2
1340 - 1505	7	72 - 73	3
1505 - 1670	9	73 - 74	4
1670 - 1835	10	74 - 76	5
1835 - 2000	11	76 - 77	6
2000 – 2165	12	77 - 79	7
2165 - 2330	13	79 - 80	8
2330 - 2495	14	80 - 81	9
2495 - 2660	15	81 - 83	10
2660 - 2825	16	83 - 84	11
2825 - 2990	17	84 - 85	12
2990 - 3155	18	85 - 87	13
3155 - 3320	19	87 - 88	14
3320 - 3485	20	88 - 90	15
3485 - 3650	21	90 - 91	16
3650 - 3815	22	91 - 92	17
3815 - 3980	23	92 - 94	18
3980 - 4145	24	94 - 95	20
4145 - 4310	25	95 - 96	21
более 4310	26	Более 98	22

Приложение 6.

Диагностика уровня развития речи А.А. Реан.

Сформированность словаря и наличие навыков связной речи.

Выявлялось умение самостоятельно составлять по образцу рассказы из

личного опыта, по сюжетной картине, по набору картинок. Ребенку предлагались сюжетные картинки из серии «Семья».

Задавались вопросы по содержанию картинок:

- Кто нарисован на картинке, чужие люди или родственники?
- Как можно назвать их вместе, одним словом?
- Назови членов семьи, изображенных на картинке.
- Что делает семья на этой картинке, трудится или отдыхает?

Задание: расскажи о своей семье, назови имена членов семьи, профессию (взрослых) и занятия детей, какие обязанности и какую работу выполняют дома члены семьи.

Грамматический строй речи. Выявляется сформированность умения согласования прилагательных с существительными, подбор к существительному несколько прилагательных.

Предлагается упражнение «Какой? Какая? Какое?»

Ребенок рассматривает картинки, называет предметы и отвечает на вопросы:

Лимон - какой? (Желтый, сочный, кислый.)

Яблоко - какое? (Красное, круглое, вкусное.)

Елка - какая? (Высокая, зеленая, колючая.)

Звуковая культура речи. Выявляется степень сформированности умения определять место звука в слове. Предлагается дидактическая игра «Подбери слово с заданным звуком». Ребенку предлагается: придумать слово на любой заданный звук, например: звук [м], придумать слово, чтобы заданный звук был в середине (в конце) слова.

Приложение 7.

Результаты диагностики по методике 1

№ п/п	Сит.1	Сит.2	Сит.3	Сит.4	Сит.5	Сит.6	Сит.7	Сит.8	Степень сформир-ти внутренней позиции школьника
1	Б	А	Б	А	Б	Б	А	А	II уровень

2	А	Б	А	А	А	А	Б	А	I уровень
3	Б	А	Б	А	Б	А	Б	А	II уровень
4	А	Б	Б	А	Б	Б	А	Б	III уровень
5	Б	А	А	Б	А	Б	Б	А	II уровень
6	Б	А	Б	Б	А	А	Б	А	II уровень
7	Б	Б	А	Б	Б	А	Б	Б	III уровень
8	Б	А	Б	Б	А	Б	А	А	II уровень
9	А	Б	А	Б	Б	Б	А	Б	III уровень
10	А	А	Б	А	Б	А	Б	А	I уровень
11	А	Б	А	Б	А	Б	Б	А	II уровень
12	А	А	Б	А	Б	А	А	А	I уровень
13	Б	Б	А	Б	Б	Б	А	Б	III уровень
14	Б	А	А	Б	А	Б	Б	А	II уровень
15	А	Б	А	Б	А	Б	Б	А	II уровень
16	Б	А	Б	А	Б	А	Б	Б	III уровень
17	А	Б	Б	А	Б	А	Б	А	II уровень
18	А	А	А	А	Б	А	А	А	I уровень
19	Б	А	Б	Б	Б	А	Б	Б	III уровень
20	А	Б	А	Б	А	Б	А	Б	II уровень
21	Б	Б	А	Б	Б	А	Б	А	III уровень
22	Б	А	Б	Б	А	Б	Б	Б	III уровень
23	А	Б	Б	А	А	Б	А	Б	II уровень
24	А	Б	А	А	Б	А	А	А	I уровень
25	А	А	Б	Б	Б	А	А	Б	II уровень
26	Б	А	Б	Б	А	Б	Б	Б	III уровень
27	А	Б	А	Б	А	Б	А	Б	II уровень
28	Б	Б	А	А	Б	А	Б	А	II уровень
29	А	А	Б	А	А	А	Б	А	I уровень
30	А	Б	Б	А	Б	Б	А	Б	II уровень

Приложение 8.

Результаты диагностики по методике 2

№ п/п	Выбор 1	Выбор 2	Выбор 3	Мотивационная готовность Методика М.Р. Гинзбурга
1	Внешний	Внешний	Отметка	Не сформирована
2	Учебный	Позиционный	Внешний	Сформирована
3	Игровой	Отметка	Внешний	Не сформирована
4	Внешний	Внешний	Отметка	Не сформирована

5	Социальный	Внешний	Позиционный	Сформирована
6	Внешний	Учебный	Позиционный	Сформирована
7	Отметка	Внешний	Игровой	Не сформирована
8	Учебный	Позиционный	Внешний	Сформирована
9	Игровой	Социальный	Отметка	Не сформирована
10	Позиционный	Учебный	Социальный	Сформирована
11	Игровой	Отметка	Внешний	Не сформирована
12	Учебный	Социальный	Позиционный	Сформирована
13	Игровой	Отметка	Внешний	Не сформирована
14	Игровой	Отметка	Внешний	Не сформирована
15	Игровой	Позиционный	Внешний	Не сформирована
16	Отметка	Игровой	Внешний	Не сформирована
17	Игровой	Социальный	Внешний	Сформирована
18	Внешний	Учебный	Позиционный	Сформирована
19	Игровой	Внешний	Отметка	Не сформирована
20	Игровой	Отметка	Социальный	Сформирована
21	Внешний	Отметка	Игровой	Не сформирована
22	Игровой	Позиционный	Внешний	Не сформирована
23	Игровой	Позиционный	Внешний	Не сформирована
24	Позиционный	Учебный	Внешний	Сформирована
25	Игровой	Отметка	Внешний	Не сформирована
26	Позиционный	Внешний	Игровой	Не сформирована
27	Игровой	Позиционный	Внешний	Не сформирована
28	Внешний	Внешний	Отметка	Не сформирована
29	Социальный	Внешний	Позиционный	Сформирована
30	Внешний	Внешний	Отметка	Не сформирована

Приложение 9.

Результаты диагностики по методике 3

№ п/п	Субтест 1	Субтест 2	Субтест 3	Субтест 4	Общее кол-во баллов	Итоговый уровень развития
1	7	6	4	6	23	Средний
2	8	9	7	8	32	Высокий
3	5	4	3	5	17	Средний
4	5	4	3	4	16	Низкий

5	6	7	5	8	26	Средний
6	6	4	2	4	16	Низкий
7	7	5	4	6	22	Средний
8	6	7	5	7	25	Средний
9	5	4	2	5	16	Низкий
10	9	9	8	10	36	Высокий
11	4	4	3	6	17	Низкий
12	5	4	3	5	17	Низкий
13	5	4	3	4	16	Низкий
14	7	6	4	6	23	Средний
15	4	5	3	6	18	Низкий
16	4	4	3	6	17	Низкий
17	8	9	8	9	34	Высокий
18	5	4	3	6	18	Низкий
19	6	7	5	7	25	Средний
20	9	9	8	10	36	Высокий
21	4	4	3	6	17	Низкий
22	5	4	3	5	17	Низкий
23	5	4	3	4	16	Низкий
24	7	6	4	6	23	Средний
25	4	5	3	6	18	Низкий
26	4	4	3	6	17	Низкий
27	8	9	8	9	34	Высокий
28	5	4	3	6	18	Низкий
29	6	7	5	7	25	Средний
30	5	4	3	5	17	Средний

Приложение 10.

Результаты диагностики по методике 4

№	Объём (кол-во просмотр. букв; баллы)	Концентрация (точность) %, баллы	Устойчивость (продуктивность + точность) баллы	показатель нормы
1	740/1	71,6/ 2	3	ниже нормы
2	800/1	69,8/1	2	ниже нормы
3	920/1	68/1	2	ниже нормы

4	710/1	71,5/2	3	ниже нормы
5	850/1	70,6/2	3	ниже нормы
6	750/1	72,1/3	4	ниже нормы
7	765/1	69,5/1	2	ниже нормы
8	900/1	72,2/3	4	ниже нормы
9	690/1	71,8/2	3	ниже нормы
10	755/1	71,4/2	3	ниже нормы
11	735/1	68,5/1	2	ниже нормы
12	850/1	70,7/2	3	ниже нормы
13	799/1	71,6/2	3	ниже нормы
14	810/1	72,4/3	4	ниже нормы
15	870/1	71,8/2	3	ниже нормы
16	755/1	69,9/1	2	ниже нормы
17	799/1	70,5/2	3	ниже нормы
18	788/1	71,8/2	3	ниже нормы
19	677/1	70,9/2	3	ниже нормы
20	802/1	72,3/3	4	ниже нормы
21	810/1	71,7/2	3	ниже нормы
22	687/1	71,8/2	3	ниже нормы
23	740/1	71,6/2	3	ниже нормы
24	800/1	69,8/1	2	ниже нормы
25	920/1	68/1	2	ниже нормы
26	710/1	71,5/2	3	ниже нормы
27	850/1	70,6/2	3	ниже нормы
28	750/1	72,1/3	4	ниже нормы
29	765/1	69,5/1	2	ниже нормы
30	900/1	72,2/3	4	ниже нормы

Приложение 11.

Результаты диагностики по методике 5

№ п/п	Сформированность словаря, наличие навыков связной речи	Грамматический строй речи	Звуковая культура речи	Общее кол-во баллов	Итоговый уровень развития
1	2	2	2	6	Средний
2	3	3	3	9	Высокий
3	3	3	3	9	Высокий
4	2	2	2	6	Средний

5	1	1	1	3	Низкий
6	2	2	2	6	Средний
7	3	3	3	9	Высокий
8	2	2	2	6	Средний
9	1	1	1	3	Низкий
10	2	2	2	6	Средний
11	2	2	2	6	Средний
12	3	3	3	9	Высокий
13	2	2	2	6	Средний
14	2	2	2	6	Средний
15	2	3	3	8	Высокий
16	1	1	1	3	Низкий
17	2	2	2	6	Средний
18	2	2	2	6	Средний
19	2	2	1	5	Средний
20	2	1	1	4	Низкий
21	2	2	2	6	Средний
22	3	3	3	9	Высокий
23	2	2	2	6	Средний
24	2	2	2	6	Средний
25	2	3	3	8	Высокий
26	1	1	1	3	Низкий
27	2	2	2	6	Средний
28	2	2	2	6	Средний
29	3	3	3	9	Высокий
30	2	1	1	4	Низкий