

**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

Елецкая Дарья Андреевна  
**МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ**

**ПРОГРАММА КОРРЕКЦИИ ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ  
ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С СИНДРОМОМ  
ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ**

Направление подготовки 44.04.02 Психолого-педагогическое образование  
Направленность (профиль) образовательной программы  
Психолого-педагогическое сопровождение детей и подростков с нарушениями в развитии  
и эмоционально-волевой сфере

**ДОПУСКАЮ К ЗАЩИТЕ:**

И.о. заведующего кафедрой

к.м.н., доцент, В.Ю. Потылицина

(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)

14.12.2019

(дата, подпись)

Руководитель магистерской программы

канд. пед. наук, доцент Е.А. Черенева

(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)

14.12.2019

(дата, подпись)

Научный руководитель

канд. мед. наук, Я.В. Барденкая

(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)

14.12.2019

(дата, подпись)

Обучающийся

Елецкая Д.А.

(фамилия, инициалы)

14.12.19

(дата, подпись)

Красноярск 2019

## Содержание

Введение.....	3
Глава 1. Теоретико-методологический анализ психомоторного развития детей дошкольного возраста с СДВГ.....	7
1.1. Понятие о психомоторном развитии в междисциплинарном исследовании.....	7
1.2. Формирование психомоторики в онтогенезе.....	19
1.3. Особенности психомоторного развития у детей с СДВГ.....	24
Выводы по первой главе.....	34
Глава 2. Эмпирическое исследование психомоторного развития детей старшего дошкольного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью.....	36
2.1. Организация, методы и методики исследования.....	36
2.2. Анализ результатов эмпирического исследования.....	46
Выводы по второй главе.....	55
Глава 3. Программа коррекции психомоторного развития детей старшего дошкольного возраста с СДВГ.....	57
3.1. Научно–методологические основы и содержание программы коррекции психомоторного развития детей с СДВГ.....	57
3.2. Контрольный эксперимент и его анализ.....	66
Выводы по третьей главе.....	75
Заключение.....	77
Список использованной литературы.....	80
Приложения.....	87

## Введение

**Актуальность исследования.** Психомоторная сфера развития детей принадлежит к числу важных тем в современной общей и специальной дошкольной педагогике, общей и специальной детской психологии. На первых этапах онтогенеза психическое и двигательное развитие ребенка находятся в неразрывном единстве. Психомоторное развитие ребенка связано с развитием познавательной и эмоционально-волевой сферами психики (Е.А. Аркин, А. Валлон, Л.С. Выготский, А.В. Запорожец, М.М. Кольцова, А.Н. Леонтьев, Р.Р. Фьюэлл, Н.М. Щелованов и др.).

Дети с дефицитом внимания и гиперактивностью избыточно подвижны, импульсивны, беспокойны и суетливы, таким детям сложно долго усидеть на одном месте, дождаться своей очереди. У детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью могут наблюдаться нарушения координации движений, крупной и мелкой моторики, нарушения статической и динамической координации. Данная картина психомоторного развития оказывает влияние на дальнейшее развитие таких детей.

В связи с тем, что в последнее время отмечается стремительный рост количества детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности, нами была определена актуальность исследования.

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

**Цель исследования:** изучить особенности психомоторного развития детей старшего дошкольного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью и разработать программу по их своевременной коррекции.

**Объект исследования:** особенности психомоторного развития детей старшего дошкольного возраста с СДВГ.

**Предмет исследования:** программа коррекции психомоторного развития детей старшего дошкольного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью.

**Гипотезой исследования** послужило предположение о том, что особенностями психомоторного развития детей старшего дошкольного возраста с СДВГ являются: снижения навыков статической и динамической координации движений, одновременности и отчетливости движений и навыков мелкой моторики. Психомоторное развитие у данных детей может быть улучшено при условии использования разработанной нами программы.

В соответствии с объектом, предметом и поставленной целью были определены следующие **задачи исследования:**

1. На основании анализа общей, специальной психолого-педагогической и медико-биологической литературы определить степень разработанности проблемы исследования, ее современное состояние.

2. Изучить особенности психомоторного развития детей старшего дошкольного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью.

3. Разработать и экспериментально проверить эффективность программы по коррекции особенностей психомоторного развития детей старшего дошкольного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью.

Для реализации поставленных задач и подтверждения гипотезы с учетом объекта и предмета исследования были использованы следующие **методы исследования:** теоретический анализ психолого-педагогической и междисциплинарной литературы по проблеме исследования; наблюдение;

тестирование, количественный и качественный анализ экспериментальных данных.

**Теоретико-методологической основой исследования явились:** положения общей и специальной психологии о единстве общих закономерностей развития нормальных детей и детей с нарушениями развития (Л.С. Выготский, А.Р. Лурия и др.); положения о развитии двигательных функций, моторики и этапах становления движения у детей (Н.А. Бернштейн, М.О. Гуревич, И.В. Макарова, А.В. Семенович, М.М. Кольцова, Н.И. Озерецкий и др.).

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

1. Исследование общей моторики по мотометрической шкале Озерецкого-Гельнитца.
2. Исследование уровней развития мелкой моторики по методикам Г.А. Волковой и Н.В. Нищевой.

**Организация исследования.** Исследование проводилось на базе ООО НПЦ «Клиника современных коррекционных и развивающих технологий» г. Красноярск. В исследовании принимали участие 30 детей старшего дошкольного возраста с СДВГ.

**Теоретическая значимость работы** состоит в том, что в ней обобщены теоретические позиции ученых по проблеме психомоторного развития детей дошкольного возраста с СДВГ, теоретически обоснованы критерии диагностики психомоторного развития в дошкольном возрасте.

**Практическая значимость работы:** полученные экспериментальные данные и разработанная на их основе коррекционно-развивающая программа будут способствовать оптимизации процесса психомоторного развития детей дошкольного возраста с СДВГ.

**Этапы проведения исследования.** Исследование проводилось в период с 2017 г. по 2019 г. и осуществлялось в пять этапов:

*Первый этап – поисково-теоретический.* Он включает в себя изучение и осмысление проблемы психомоторного развития детей старшего дошкольного возраста на основе анализа психолого-педагогической и междисциплинарной литературы; определение теоретико-методологической базы исследования; формулирование цели, гипотезы и задач исследования.

*Второй этап – опытно-экспериментальный.* На этом этапе проводился эксперимент с применением эмпирических методов исследования, цель которого – выявление уровня и специфических особенностей психомоторного развития детей старшего дошкольного возраста с СДВГ.

*Третий этап – заключительно-обобщающий.* Проводился анализ и интерпретация полученных в ходе исследования данных; обобщение и систематизация результатов работы; формулировка выводов.

*Четвертый этап* - проведение коррекционно-развивающей работы с детьми старшего дошкольного возраста с СДВГ

*Пятый этап* - оценка динамики психомоторного развития детей с СДВГ после проведения коррекционно-развивающей работы.

**Структура и объем магистерской диссертации.** Работа состоит из введения, трех глав, заключения, списка использованной литературы в количестве 85 источников, включает 6 таблиц, 16 рисунков, 4 приложения.

**Автором лично проведены:** сбор материала, подбор психодиагностических методик, выявление особенностей психомоторного развития детей с СДВГ, анализ результатов констатирующего эксперимента, разработка и обоснование программы коррекции особенностей психомоторного развития данной категории детей.

# Глава 1. Теоретико-методологический анализ психомоторного развития детей дошкольного возраста с СДВГ

## 1.1. Понятие о психомоторном развитии в междисциплинарном исследовании

Движение является отдельной функциональной системой человека и представляет собой сложносоставную психофизиологическую организацию. Двигательная функциональная система является предметом исследования в медико-биологической и психолого-педагогической направленности: анатомии и физиологии, неврологии, педагогики, психологии, нейропсихологии, специальной психологии и педагогики, физического воспитания и лечебной физкультуры и так др.

Главной особенностью развития ребенка первых лет жизни является целостность, когда психика и моторика находятся в связанном единстве (Е.А. Аркин, Л.С. Выготский, А.В. Запорожец, М.М. Кольцова, Н.И. Озерецкий и др.). Связь психики и моторики, так называемая психомоторика, в настоящее время является изучаемым предметом в области развития детей с нормальным и отклоняющимся развитием.

Известно, что впервые связь психики и моторики отобразил в своих работах Н.И. Озерецкий. Именно он дал начало развитию научных представлений о психомоторике и определил основные направления для ее изучения. Так, им были разработаны первые диагностические инструменты. С их помощью исследуются отдельные компоненты двигательной активности: статическая координация, динамическая координация, быстрота движения, ритм и т.д. [46].

Было сформулировано положение о том, что при тесной взаимосвязи психической и двигательной сфер активизирующее воздействие на одну сферу может оказывать положительное влияние на развитие другой. Это положение составляет основу развития современных подходов к решению вопросов изучения, воспитания и обучения детей раннего и дошкольного

возраста, теории и практики психотерапии, реабилитации и коррекционно-развивающей работы с детьми с проблемами в развитии [44].

На психическое и физическое здоровье в дошкольном возрасте оказывается большое влияние посредством движения и двигательной активности, что способствует укреплению здоровья ребенка.

Формирование многих учебных и трудовых навыков в школьные годы определяется состоянием психомоторики ребенка и влияет на его успешность. Также, уровень психомоторного развития важен в формировании специальных способностей, связанных с моторной ловкостью. В дальнейшем влияет на выбор будущей профессии, на возможности овладения ею.

В современной зарубежной психологии психомоторика рассматривается широко как единство двигательного, познавательного и эмоционального компонентов (M. Bogdanowicz, K. Knill, V. Sherborn, S. Szuman, M. Zebrowska и др.).

В отечественной науке психомоторика определяется как: «Под психомоторикой принято понимать не только целостную возрастную картину двигательной структуры особого вида, отражающей врожденные телесные особенности, приобретенные привычки, навыки, но и совокупность анатомо-физиологических и психологических механизмов, обеспечивающих осуществление простых и сложных двигательных реакций и действий» [23].

В первые годы жизни ребенка достаточно ярко прослеживается связь между моторикой, познавательной и эмоционально-волевой сферами. В дальнейшем все три сферы несколько обособляются. Важнейшим признаком развития ребенка является разъединение перечисленных выше сфер. Помимо этого, развитие характеризуется качественными изменениями, появлением новообразований, новых структур и процессов (Л.С. Выготский, А.В. Запорожец, Ж. Пиаже, А.Н. Леонтьев, Л.Ф. Обухова, П.И. Чуприкова и др.).

Двигательная активность ребенка играет наибольшую роль в психомоторном развитии на первых этапах его жизни (Е.А. Аркин, Т. Бауэр,



А.В. Запорожец, М.Ю. Кистяковская, М.М. Кольцова, Н.М. Щелованов и др.).

Опытом для ребенка является любое движение, даже если оно является случайным. Как известно, на первых этапах жизни ребенка все его движения являются рефлексорными и с опытом, с ростом и развитием ребенок учится сознательно совершать движения и контролировать их.

Двигательный опыт и ощущение его исходит от собственных мышц, связок и сухожилий, снабженных чувствительными нервами (так называемые проприоцептивные нервы). Опыт ощущения, восприятия и представления также является результатом двигательной активности [2, 11, 31, 33, 34]. С движениями у ребенка порождаются сознательные ощущения и мысли, и в последующем, движение способствует работе и развитию головного мозга. Это свидетельствует о связи двигательной и познавательной сферы.

Соответственно, задержанное развитие двигательной сферы сопровождается запаздыванием в становлении высшей нервной деятельности (Е.А. Аркин, Н.А. Бернштейн, М.М. Кольцова и др.).

Становление собственной идентичности, самостоятельности и относительной независимости от взрослых обеспечивается процессом овладения движениями. Такие навыки, как сидение, стояние, ходьба необычайно важны, так как эта возможность «приводит к значительному расширению сферы действительности, доступной для познания ребенка» [44].

Влияние моторики на развитие психики в онтогенезе отмечают многие исследователи (Т. Бауэр, А.В. Запорожец, Е.М. Мастюкова, Д.Б. Эльконин, А.П. Усова и др.). Так, двигательные функции обеспечивают организацию различных видов восприятия, которое, в свою очередь, является регулятором разнообразных практических действий (А.В. Запорожец, А.П. Усова и др.).

При осуществлении даже простейших операций с помощью зрения, осязания и других анализаторов ребенку необходимо учитывать особенности используемых предметов (местоположение, форму, размеры), ориентируясь на

эти особенности свои действия и регулируя в соответствии с ними свои мышечные усилия. Первичное различение предметов происходит на основе того, что комплекс ощущений, получаемых от предмета, приводится в связь с тем или другим безусловным рефлексом, например, ложка – с пищевым, игрушка – с хватательным и т.д. [31, 42, 52, 61].

По мнению А.В. Запорожца, психические процессы, формирующиеся в ходе развития, представляют собой своеобразные действия, выполняющие особые ориентировочные и регулирующие функции в общем контексте практической и познавательной деятельности ребенка и находятся в определенных функциональных и генетических связях с их исполнительскими компонентами [31].

В развитии двигательной сферы большую роль играют сенсорные системы, такие как проприоцептивная система, тактильная и вестибулярная, а также зрение и слух (Е.А. Аркин, А.В. Запорожец, Д.Б. Эльконин и др.).

Проприоцептивная сенсорная система, также известная, как кинестезия - мышечное чувство - ощущение положения частей тела относительно друг друга и в пространстве, отражающие движения и относительное положение частей тела в пространстве благодаря работе рецепторов, расположенных в мышцах, сухожилиях и суставных сумках. Проприоцепция - это ощущение позиции или мышечное чувство.

Проприоцептивная информация является фундаментальной для каждого совершаемого движения. Проприоцепция играет фундаментальную роль в построении движений, формировании двигательных навыков, в установлении и регуляции мышечного тонуса. В комплексе с информацией, идущей от различных других рецепторов (тактильных, вестибулярных, зрительных), проприоцептивные сигналы участвуют в образовании различных видов и форм восприятия (восприятие тяжести, стереогноз, схема тела и т.д.). Блокирование или нарушение этих сигналов ведет к деафферентации движений и существенному нарушению их координации.

Наши рефлексы, автоматические реакции планируют действия от этой информации.

Самоосознание гарантируется проприорецепцией. Проприоцепция помогает интегрировать прикосновения и движения. Сомато-сенсорное различение относится к непосредственным ощущениям от прикосновения или положения тела. Проприоцепция нужна для того, чтобы увеличить ощущение тела и управлять двигательным контролем и двигательным планированием, способствует развитию визуального различения. Чем больше совершается движения, тем больше понимания того, что видим. Дисфункция проприоцепции часто сопровождается проблемами с тактильной и вестибулярной системами. Ребенок не может использовать информацию для адаптивного поведения. Важная проблема состоит в том, где находятся части его тела, уровень и скорость движения.

Тактильная система - одно из пяти основных видов чувств, к которым способен человек, заключающееся в способности ощущать прикосновения, воспринимать что-либо рецепторами, расположенными в коже, мышцах, слизистых оболочках. Различный характер имеют ощущения, вызываемые прикосновением, давлением, вибрацией, действием фактуры и протяженности. Тактильная система обусловлена работой двух видов рецепторов кожи: нервных окончаний, окружающих волосяные луковицы, и капсул, состоящих из клеток соединительной ткани.

Вестибулярная система получает, передает и анализирует информацию об ускорениях или замедлениях, возникающих в процессе прямолинейного или вращательного движения, а также при изменении положения головы в пространстве. При равномерном движении или в условиях покоя рецепторы вестибулярной сенсорной системы не возбуждаются. Импульсы от вестибулорецепторов вызывают перераспределение тонуса скелетной мускулатуры, что обеспечивает сохранение равновесия тела. Эти влияния осуществляются рефлексорным путем через ряд отделов ЦНС.

Дальнейшее развитие двигательной сферы осуществляется с учетом и под контролем сенсорных систем. Взаимодействие с внешним пространством, надстраивающееся в онтогенезе над внутренним, телесным происходит за счет зрительного, слухового, тактильного, проприоцептивного, вестибулярного вкусового, обонятельного анализаторов.

Например, представления порядка, последовательности могут возникнуть только на основе последовательности и упорядоченности действий, совершаемых ребенком (А.В. Запорожец, М.М. Кольцова, А.М. Леушина, А.А. Люблинская, Д.Б. Эльконин и др.).

Таким образом, многие ученые (Е.А. Аркин, А.В. Запорожец, М.И. Кистяковская, М.М. Кольцова, Г.Е. Сухарева, М.И. Фонарев, Н.М. Щелованов и др.), подчеркивают взаимосвязь психического и моторного развития.

Под связью психического и моторного развития здесь понимается зависимость способности управлять движениями своего тела от психического развития и влияние движения на развитие психики ребенка [2, 11, 31, 33, 34].

Помимо этого, многими авторами (Е.А. Аркин, Н.А. Бернштейн, М.М. Кольцова и другие) отмечается тесная взаимосвязь двигательной и эмоциональной сфер. Движения и вызываемые ими ощущения представляют для ребенка большую ценность и являются для него непрерывным источником радости, особенно на ранних этапах онтогенеза. Каждое выполненное движение, связанное с ползанием, вставанием, ходьбой и др., сопровождается яркими эмоциональными реакциями. Поэтому потребность ребенка в движениях рассматривается как одна из основных, жизненно важных потребностей. Именно положительные эмоции, по мнению, М.М. Кольцовой, возникающие у ребенка при движении, являются стимулом к их повторению, что, в свою очередь, является необходимым условием овладения ими [34].

Наибольшая устойчивость и наибольшее разнообразие эмоциональных реакций у ребенка проявляется при выполнении более сложных по структуре движений. Отсутствие необходимых условий для развития двигательной сферы приводит к эмоциональной вялости. Дефицит движений провоцирует возникновение стереотипных двигательных актов (раскачивание тела из стороны в сторону, вперед назад, сосание пальцев и др.), которые быстро становятся автоматическими и разрушить их очень сложно (М.М. Кольцова, Й. Лангмейер, З. Матейчек и др.).

Важное место в исследовании моторики занимают учения И.М. Сеченова, И.П. Павлова об условно-рефлекторных временных связях и образовании динамического стереотипа в работе с детьми по развитию моторики.

Учение И.П. Павлова о системности, динамическом стереотипе объясняет процесс образования и совершенствования двигательных навыков. Он доказал, что сущность развития моторики в онтогенезе заключается не в биологически обусловленном дозревании морфологических субстратов, а в накоплении на основе этих субстратов и с их помощью индивидуального опыта человека [49].

А.А. Дмитриев рассматривает движение, как основное биологическое качество живой материи, которое развивается и совершенствуется вместе с эволюцией живой природы [27].

В работы А.А. Дмитриева посвящены и психомоторному развитию ребенка, которое протекает в тесной связи с моторным развитием.

В исследованиях отечественных и зарубежных ученых экспериментально доказано, что развитие моторики в большой степени обусловлено естественным созреванием соответствующих структур мозга и опорно-двигательного аппарата (А.В. Запорожец, М.М. Кольцова, Н.М. Бернштейн, Н.М. Щелованов, Д.Б. Эльконин и др.).

С точки зрения физиологии, движения делятся на простые произвольные и сложные произвольные движения. Произвольные

движения сначала проявляются как врожденные, а затем приобретают условно-рефлекторный характер. Произвольные движения формируются изначально как заученные, представляя собой множество приобретаемых в жизненном опыте навыков и движений. В них происходит интеграция ранее выработанных двигательных рефлексов (А.В. Запорожец, М.М. Кольцова, С.Л. Рубинштейн и др.).

В сложных двигательных актах элементы непроизвольного и произвольного переплетаются очень тесно и их трудно дифференцировать. По мнению М.М. Кольцовой, по отношению к развитию врожденных движений основным будет фактор созревания, а по отношению к выработанным – фактор научения. Вместе с тем, лишь в единстве они могут обеспечить успешное двигательное развитие ребенка [34].

Следовательно, развитие моторики ребенка, как и психики, осуществляется путем прижизненного усвоения им статических и динамических структур поведения, выработанных человечеством в ходе его социально-исторического развития (А.В. Запорожец, Д.Б. Эльконин). При этом, усвоение возможно только в контексте общения ребенка с окружающими его людьми [52].

С.Л. Рубинштейн выделил следующие основные виды произвольных движений: движения позы – движения мышечного аппарата, обеспечивающие поддержание и изменение позы тела; локомоции – движения, связанные с передвижением (ходьба, бег, прыжки, хватание, бросание, стояние и пр.); выразительные движения лица и всего тела, связанные с проявлением эмоций; речь как моторную функцию в ее динамическом аспекте; семантические движения, являющиеся носителями определенного значения; рабочие движения, различные в разных видах деятельности. Основными свойствами движений, по его мнению, являются: скорость, сила, темп, ритм, координированность, точность и меткость, пластичность и ловкость [54].

Особый вклад в исследование вопроса о механизмах движения внес Н.А. Бернштейн, создав уровневую теорию организации движений. В теории уровневой организации движений Н.А. Бернштейн представил иерархию произвольных и произвольных движений, показал качественное отличие церебральных уровней и роль каждого из них в регуляции движений и действий.

«Каждый уровень построения движения характеризуется морфологической локализацией, ведущей афферентацией, специфическими свойствами движений, основной и фоновой ролью в двигательных актах вышележащих уровней, патологическими синдромами и дисфункцией» [6].

Теория Н.А. Бернштейна имеет особое значение для понимания специфики развития движений ребенка, причин и наличия возможных проблем, организации процесса управления им, что является принципиально важным для специальной психологии и педагогики.

Н.П. Бехтерев говорил о том, что двигательная функция является результатом совместной деятельностью разных отделов центральной нервной системы. П.К. Анохин определил, что движение или действие человека регулируется определенными звеньями сложной функциональной системы.

И.М. Сеченовым была разработана естественно-научная теория психической регуляции поведения. Именно с разработки данной теории зарождаются первые научные представления о психомоторике как психофизиологическом феномене и формируется соответствующий понятийный язык.

В отечественной психологии поведение в широком смысле слова определяется как «присущее живым существам взаимодействие с окружающей средой, опосредованное их внешней (двигательной) и внутренней (психической) активностью».

По определению отечественного физиолога и психолога И.М. Сеченова (1952): «все бесконечное разнообразие мозговой деятельности сводится окончательно к одному лишь явлению – мышечному движению».

Применительно к человеку поведение трактуется как «имеющая природные предпосылки, но в своей основе социально обусловленная, опосредованная языком и другими знаково-смысловыми системами деятельность», выступающая не только в известных ведущих ее видах, но и во всем многообразии ее проявлений в повседневной жизнедеятельности человека.

Как следует понимать, все многообразие поведенческих проявлений человека как в самых простых, так и в самых сложных формах выступает как его взаимодействие с объективным миром, опосредованное внешне двигательной активностью. Эта активность поведения, определяемого в широком смысле и как образ жизни, и как деятельность в ее многочисленных разновидностях, внешне выступает в виде разнообразных движений, различных двигательных актов и психомоторных действий.

Двигательные действия в составе разных видов человеческой деятельности выступают либо в качестве условий или средств их реализации, либо как вспомогательный компонент, обеспечивающий саму возможность осуществления какой-либо деятельности. Кроме того, двигательные действия могут быть направлены на совершенствование собственно психомоторных функций, т.е. на достижение определенной цели через решение ряда двигательных задач (напр., в гимнастических упражнениях, подвижных играх, спортивных состязаниях и т.д.). В этих случаях совокупность двигательных действий начинает выступать как относительно самостоятельный вид специфической человеческой деятельности, т.е. как психомоторная деятельность.

Любые внешние поведенческие проявления человека: от выражения эмоций в мимике, тонких моторных координаций в процессах устной речи, письма и предметной деятельности до сложных ручных операций на производстве, исполнительской техники музыканта, танцора, выступления спортсмена и т.д. – суть движения, точнее произвольные движения, т.е. психомоторика.



Состояние двигательной функциональной системы, отражая в первую очередь благополучие здоровья и моторные возможности ребенка, вместе с тем обуславливает особенности его психофизического развития и формирования внешнего поведенческого облика, определенным образом сказывается на становлении личности. Указанное влияние доказательно выступает в случае тех или иных отклонений в моторной сфере человека, особенно при наличии значительных нарушений в двигательной функциональной системе, возникших в раннем возрасте. Отклонения в моторном развитии ребенка первых месяцев жизни являются одним из диагностических показателей, сигнализирующих о неблагополучии в его психофизическом развитии, о возможных проблемах в дальнейшем формировании его как личности.

Отклонения в двигательной сфере разной степени выраженности являются, как известно, одной из специфических закономерностей развития всех категорий аномальных детей. В одних случаях нарушения моторики представляют собой первичный (ведущий) дефект, как, например, при детском церебральном параличе. В других случаях недостаточность моторных функций выступает в качестве вторичных отклонений в структуре основного дефекта, как это имеет место при нарушениях слуха и зрения, интеллектуальных, речевых и других дефектах.

У детей, посещающих массовые образовательные учреждения, также нередко наблюдаются дефициты психомоторного развития. Данная ситуация развития затрудняет формирование учебных и трудовых навыков и может негативно повлиять на отношение ребенка к учебе, на его поведение и формирование личности.

Из важной роли, которую играет двигательная функциональная система в повседневной жизнедеятельности ребенка, в его физическом и психическом развитии и формировании личности, вытекает необходимость создания таких условий, организации такого образа жизни, которые обеспечивали бы ребенку на всех возрастных этапах, начиная с

младенчества, оптимальную двигательную активность, содействующую эффективному развитию как непосредственно самой моторики, так и взаимосвязанной с ней психической сферы.

Сказанное еще более значимо применительно к детям с отклонениями в моторном развитии. В этих случаях преодоление недостаточности двигательных функций в общей системе коррекционно-развивающего воздействия является крайне необходимым и чрезвычайно важным для психофизического развития такого ребенка.

Необходимость направленной работы по развитию двигательной сферы детей разного возраста с нормальным и нарушенным развитием требует от участников образовательного процесса обширных знаний и сформированности представлений о двигательной функциональной системе, психофизиологических механизмах ее становления и функционирования, о закономерностях развития психомоторики в нормальном и нарушенном онтогенезе, о причинах и характере возможных отклонений в моторном развитии, средствах коррекции и мерах профилактики двигательных нарушений.

Исследования Л.С. Выготского, А.Н. Леонтьева, С.Л. Рубинштейна, Д.Б. Эльконина и др. показали, что психическое развитие происходит в процессе деятельности. Основной единицей деятельности и способом достижения конкретной осознанной цели являются действия, состоящие из совокупности операций, которые реализуются через движения. Это позволяет констатировать, что освоение тех или иных движений совершенствует и моторную сферу и ту деятельность, в которой осваиваются определенные движения. Именно разнообразные по своему характеру и направленности действия представляют собой сложные психомоторные акты, в которых в наиболее полной мере отражается взаимосвязь двигательного, эмоционального и познавательного компонента.

## 1.2. Формирование психомоторики в онтогенезе

Психомоторное развитие ребенка - это обширное понятие, включающее в себя несколько критериев. К психомоторному развитию относится развитие крупной и мелкой моторики, развитие навыков статической и динамической координации, развитие сенсорных систем и адекватных реакций ребенка в ответ на воздействие извне, развитие языковой функции и развитие умения общаться с людьми.

Выделяются две различные точки зрения в вопросе о развитии движений в онтогенезе. А. Геззел и др. утверждают, что развитие - непрерывный постепенный процесс. А. Валлон и др. выделяют наличие своеобразных ступеней в процессе развития, различия между которыми нельзя свести только к количеству двигательных реакций, которыми располагает ребенок. Каждая стадия характеризуется преобладанием движений определенного типа, их смысловым содержанием и контекстом, в который они включены. На каждой стадии имеются и свое характерное строение движений, их структура и способы регуляции [44].

Стадийный характер проявляется также в наличии критических периодов в развитии каждой двигательной функции. Они связаны с возникновением готовности к ее выполнению, которая, по мнению Мак Гроу, проявляется в появлении у ребенка ненасытного желания упражняться в осуществлении данной функции. Следовательно, первичная готовность структуры приводит к появлению функции, а отправление последней оказывает обратное благоприятное влияние на окончательное оформление структуры.

Каждому этапу развития движений соответствует своя типичная форма усвоения движений, которая в основном определяется характером ведущей деятельности. В младенчестве это будет эмоциональное общение ребенка со взрослым, предметная деятельность - в раннем детстве и игра - в период дошкольного детства.

Психомоторное начинается с манипуляции предметами, когда ребенок становится способен держать и крутить в руках различные предметы и игрушки, и продолжается до осознанной целенаправленной деятельности, планируемым восприятием и способностью изменять и преобразовывать окружающую действительность с помощью действий. В сознательную деятельность включается речь, совершенствующая деятельность и развитие ребенка (А.Р. Лурия, С.С. Ляпидевский, И.П. Павлов, И.М. Сеченов, и др.).

Большое внимание уделяется развитию психомоторной сферы детей от рождения до года. Перечислим навыки, которыми должен обладать ребенок на разных этапах своего развития и те функции, которые развиваются в данный период времени.

К трем месяцам ребенок должен уметь хорошо держать голову в вертикальном положении и лежа на животе, переворачиваться на бок и тянуться к игрушкам, уметь зрительно фиксироваться на определенном предмете и следить за его передвижением, реагировать на присутствие других людей и на внешние раздражители, многократно “агукать” и улыбаться.

Здесь стоит отметить, что движения новорожденного ребенка не являются целенаправленными и планируемыми им двигательными актами, так как на данном этапе развития у ребенка еще не сформирован процесс предметной манипуляции.

С четырех до шести месяцев ребенок учится переворачиваться на живот и обратно, играть с ногами, пробует сидеть самостоятельно или с поддержкой. На данном возрастном этапе ребенок тянется к игрушке и играет с ней, держа в руках, перекладывает ее из руки в руку, может определить источник звука в комнате, поворачивая голову в сторону звука, начинает громко реагировать на эмоциональное обращение, реагировать на свое имя.

Главное новообразование данного этапа - это формирование сенсомоторной системы “рука-глаз”, появление организованного “акта

хватания” и взятия под контроль неупорядоченной моторной активности ребенка. То есть, иными словами, ребенок, начиная с данного возрастного этапа, начинает сенсорно воспринимать окружающие его предметы и постепенно учится сознательно управлять собственными движениями.

Также на данном возрастном этапе возникают такие функции, как ориентировочная, контрольная и исполнительная, являющиеся основой поведения. В результате этого у ребенка накапливается и формируется система сенсорного опыта и система ориентировок в окружающем пространстве, происходит сенсорное усвоение исследуемого им предмета.

Начиная с семи месяцев до девяти ребенок уверенно самостоятельно сидит, начинает вставать на четвереньки, тренируя опоры на колени и ладошки и пробует ползти вперед. На этом этапе ребенок начинает вставать у опоры, пытается доставать разные игрушки, старается брать мелкие предметы двумя пальцами, если игрушка падает, следит за ней.

Начиная с десяти месяцев ребенок осваивает ползание на четвереньках, умеет собирать пирамидку, прятать игрушки в ящик, многие дети могут сделать несколько шагов без поддержки взрослого, учится хорошо и уверенно держать предметы в руках. Ребенок с десяти до двенадцати месяцев легко идет на контакт, начинает тянуться к другим детям, реагирует на музыку и пробует танцевать, ребенок уже становится способным выполнить просьбу родителя, начинает понимать запреты, учится выражать свои желания голосом или жестами.

Важен каждый этап усвоения новых двигательных актов, в особенности сидения и ползания. На данных этапах ребенку открывается другой уровень освоения окружающего пространства: расширяется поле предметного восприятия, открываются новые предметы, возникает указательный жест. Таким образом, у ребенка формируется функция знакового общения по поводу значимых для него объектов и происходит выработка способа требования, сначала на экстралингвистическом уровне, а затем на уровне вокализации.

С года до полутора лет ребенок начинает ходить более уверенно, приседать и переступать через препятствия. Расширяется не только предметно-осваиваемое ребенком пространство, но и социальное, так как теперь ребенок берет родителей за руку и ведет туда, куда ему интересно пойти самому. Между ребенком и взрослым возникает пространство совместных предметно-ситуативных манипуляций, а затем и самостоятельных.

Ребенок начинает самостоятельно кушать, более уверенно орудуя ложкой. Уже может различить форму и величину предметов, приобщается к рисованию, сначала это линии и штрихи, затем окружности. Не стоит на месте речевое развитие, начинает учить новые слова, все больше тянется к сверстникам для совместной игры. Постепенно совершенствуется предметно-манипулятивная координация движений.

С года у ребенка функционально развивается сенсомоторный интеллект, отвечающий и позволяющий формировать и переносить во внутренний план первичную схему тела и формируемую на этой основе ориентировку в пространстве. Ребенок усваивает “схемы” объектов, основные их функции и возможности и способ взаимодействия с этими предметами. Данные схемы являются моделями или шаблонами, лежащими в основе восприятия, мышления и орудийно-предметных действий. Таким образом, на данном этапе ребенком конструируются модели окружающего его мира. Модель окружающего мира не дана по умолчанию, она конструируется на основе взаимодействия ребенка с окружающим его миром, с тем разнообразием, с которым он сталкивается. Стоит отметить, что данные модели формируются посредством действий, поскольку зависят от способов и результатов действий ребенка с “миром вещей”.

С полутора до двух лет ребенок становится более моторно уверенным, начинает бегать и перешагивать через препятствия, начинает строить из несложные постройки из кубиков, начинает комментировать свои действия короткими фразами.

В дальнейшем ребенок много и активно экспериментирует со своим телом, окружающими его предметами, способами действовать - так происходит его последующее соматопсихическое и интеллектуальное развитие. Сенсомоторные реакции на раздражитель сменяются коммуникативными сигналами, происходящими в момент события, так называемое, ситуационное поведение.

До трех лет ребенок активно осваивает и улучшает свои двигательные навыки, становится способен одеться и раздеться с минимальной помощью со стороны взрослого, начинает рисовать простые рисунки, лепить из пластилина, знает цвета, задает вопросы взрослым, проявляет такие эмоции как жалость, обида, любовь, страх, во всем подражает взрослым.

С четырех до шести лет ребенок начинает хорошо играть в разные игры, учится писать, читать, легко усваивает новую информацию, возрастает количественно и качественно потребность общения со сверстниками и взрослыми, осваивает езду на велосипеде, коньках, учится танцевать. В данном возрасте начинают свое совершенствование функции различных систем.

Ж. Пиаже было установлено, что интеллектуальные операции возникают на основе сенсомоторных действий, на довербальном этапе развития ребенка. Способность ребенком определять направление движения, понимать последовательность событий приходится на 12-14 месяцев. Так же, этот этап связан с появлением манипулятивной игры. В дальнейшем осуществляется переход от манипулирования предметами к предметно-ситуационным действиям, направленным на практическое преобразование тех или иных объектов, а, следовательно, и самого себя.

По мнению А. Валлона, "движение превращается в представление о самом себе", образуются "предметная сфера восприятия", "предметная сфера действия", "предметная сфера мысли" на этапе предметно-ситуационной деятельности.

Ребенок осознает свое "Я", становится способным к сотрудничеству с другими людьми. Предметом его действий становится другой человек. Это особая сфера организации социокультурных двигательных действий ребенка в его совместной деятельности с взрослым человеком. Социокультурное двигательное действие рождается из системы человеческих отношений, а не из системы предметно-материальных отношений.

В период "стартового развития" предметно-орудийных действий ребенка необходимо, чтобы "язык сигналов" получил сигнально-знаковое, предметно-социальное значение (назначение), так или иначе осмысленное и осознанное. Так, различные сигнально-знаковые образования, с которыми ребенок сталкивается с момента рождения (пища, одежда, игрушки, речь взрослых) несут в себе в закодированном виде также способы и механизмы семантико-регуляционной жизнедеятельности (семиозис в широком смысле).

Дошкольника необходимо научить действовать в координатах тела и в координатах предметной среды. Для этого педагог должен уделить внимание формированию "осмысленной моторики" на двух уровнях обработки информации - на уровне перцептивного анализа и на уровне апперцептивного (когнитивно-двигательного) синтеза. Известно, что практическое мышление дошкольника, связанное с механизмами "визуального понимания", формируется в ситуационных действиях и посредством данных действий.

### **1.3. Особенности психомоторного развития у детей с СДВГ**

Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) — это полиморфный клинический синдром, главным проявлением которого является нарушение способности ребёнка контролировать и регулировать свое поведение, что выливается в двигательную гиперактивность, нарушения внимания и импульсивность [7, с. 14].



Детям с синдромом дефицита внимания и гиперактивности зачастую сопутствует запаздывание процессов психического развития и, соответственно, такие дети испытывают трудности в обучении.

Статистические данные показывают, что в США гиперактивных детей – 4-20%, Великобритании – 1-3%, Италии – 3-10%, в Китае – 1-13%, Австралии – 7-10%, России - 4-18%. Кроме того, существует устойчивая тенденция к увеличению количества детей с СДВГ.

Большинство исследователей отмечают три основных блока проявления СДВГ: гиперактивность, дефицит внимания и импульсивность (Шевченко Ю.С., 1997; Заваденко Н.Н., 2000 и др.).

Гиперактивность проявляется избыточной двигательной активностью, беспокойством и суетливостью, многочисленными посторонними движениями, которые ребенок часто не замечает. Для детей характерна чрезмерная болтливость, неспособность усидеть на одном месте, продолжительность сна у них всегда меньше нормы. В двигательной сфере обычно обнаруживается нарушения двигательной координации и несформированность мелкой моторики (неумение завязывать шнурки, застегивать пуговицы, использовать ножницы и иголку; несформированность почерка).

Нарушения внимания могут проявляться в трудностях его удержания, в снижении избирательности и выраженной отвлекаемости с частыми переключениями с одного занятия на другое. Такие дети характеризуются непоследовательностью в поведении, забывчивостью, неумением слушать и сосредоточиться, частой потерей личных вещей. Они стараются избежать заданий, требующих длительных умственных усилий.

Импульсивность выражается в том, что ребенок часто действует не подумав, перебивает других, может без разрешения встать и выйти из группы. Кроме того, такие дети не умеют регулировать свои действия и подчиняться правилам, не умеют ждать, часто повышают голос, эмоционально лабильны (часто меняется настроение).

Внешние проявления синдрома дефицита внимания с гиперактивностью с возрастом могут меняться. Если в раннем детстве отмечается незрелость двигательных и психических функций, то в подростковом возрасте проявляются нарушения адаптационных механизмов. Однако к подростковому возрасту повышенная двигательная активность в большинстве случаев исчезает, а импульсивность и дефицит внимания сохраняются. По результатам исследования Н.Н. Заваденко (2000) поведенческие нарушения сохраняются почти у 70% подростков и 50% взрослых, имевших в детстве диагноз СДВГ.

Гиперактивность и дефицит внимания у детей способствуют возникновению трудностей в освоении чтения, письма, счета. В психическом развитии наблюдаются задержки на 1,5 – 1,7 года. Кроме того, гиперактивные дети характеризуются слабым развитием тонкой моторной координации; беспорядочными, неловкими движениями; постоянной внешней «болтовней», указывающей на недостаток развития внутренней речи, которая должна контролировать социальное поведение; трудностями планирования; слабой психоэмоциональной устойчивостью при неудачах; низкой самооценкой; упрямством, лживостью, вспыльчивостью и агрессивностью. Из-за непонимания со стороны окружающих у гиперактивных детей формируется агрессивная модель защитного поведения, выгодная для них, а потому трудно исправляемая.

Характерной чертой умственной деятельности гиперактивных детей является цикличность. Дети могут продуктивно работать 5-15 минут, затем 3-7 минут мозг отдыхает, накапливая энергию для следующего цикла. В этот момент ребенок отвлекается и не реагирует на воспитателя. Затем умственная деятельность восстанавливается, и ребенок готов к работе в течение 5-15 минут. Они имеют как бы «мерцающее» сознание, могут «впадать» и «выпадать» из него, особенно при отсутствии двигательной стимуляции. При недостаточном развитии вестибулярного аппарата им необходимо двигаться, крутиться и постоянно вертеть головой, чтобы

оставаться способным воспринимать информацию. Для того чтобы сохранить концентрацию внимания, дети применяют адаптивную стратегию: они активизируют центры равновесия при помощи двигательной активности.

Анализ возрастной динамики СДВГ показал два всплеска проявления активности: первый отмечается в 5-7 лет и приходится на период подготовки детей к школе, второй – в возрасте 12-15 лет (период полового созревания).

Причины возникновения СДВГ окончательно не выяснены, несмотря на большое количество исследований в данном направлении. Однако на современном этапе являются доминирующими три группы причин развития синдрома: повреждение центральной нервной системы во время беременности и родов; генетические факторы; негативное действие внутрисемейных факторов.

По результатам исследования Н.Н. Заваденко (2000), возникновение СДВГ из-за раннего повреждения центральной нервной системы в период беременности и родов встречается в 84% случаев, генетические причины – в 57% случаев, негативное действие внутрисемейных факторов – в 63% случаев.

Причинами раннего повреждения центральной нервной системы во время беременности и родов могут служить недостаточное питание матери, отравление свинцом, внутриматочные дефекты, наркотическое отравление (например, кокаином), кислородная недостаточность, недоношенность плода и т.д. А.В. Семенович называет 3-4-ый месяцы внутриутробного развития «критической точкой» развития, в которой «функциональная организация мозга кардинально меняет свои динамические и статические характеристики» (Семенович А.В., 2001).

По результатам многочисленных исследований одной из самых распространенных причин отклоняющегося психического развития является родовая травма шейных отделов позвоночника (Ефимов О.И., 2004; Ратнер А.Ю., 1985, 1990, 2005 и др.).

Высокая частота встречаемости синдрома у мальчиков обусловлена более высокой уязвимостью мозга мужского плода к повреждающим воздействиям во время беременности и родов. У девочек мозг имеет больший резерв компенсаторных возможностей по сравнению с мальчиками.

Характерные проявления генетического фактора прослеживаются в нескольких поколениях одной семьи, значительно чаще среди родственников мужского пола. Влияние биологических факторов играет существенную роль в младшем возрасте, затем возрастает роль социально-психологических факторов, особенно внутрисемейных отношений.

Дети с синдромом гиперактивности имеют достаточно высокие компенсаторные механизмы, для включения которых должны соблюдаться определенные условия: обеспечение эмоционально-нейтрального воспитания без интеллектуальных перегрузок; соблюдение режима дня и достаточное время для сна; соответствующая медикаментозная поддержка; разработка индивидуальной помощи ребенку со стороны неврологов, психологов, воспитателей, родителей; своевременная и полноценная нейропсихологическая коррекция.

П. Уэндер и Р. Шейдер (1998) выделяют у детей с СДВГ, помимо невнимательности, гиперактивности и импульсивности, несколько категорий таких особенностей, как нарушение координации, эмоциональные нарушения, отношения с окружающими, парциальные задержки развития, поведенческие расстройства, другие особенности [9].

Нарушения координации. Выделяют примерно в половине случаев. Помимо двигательной расторможенности для детей с синдромом свойственны нарушения моторного контроля, проявляющиеся в виде «мягкой» неврологической симптоматики: дискоординации движений по типу статико-локомоторной и динамической атаксии, тиков и навязчивых движений [8].

Часто гиперактивность сочетается с недостаточной сформированностью мелкой моторики и навыков самообслуживания. Дошкольники и младшие

школьники нередко испытывают сложности при застёгивании пуговиц и завязывании шнурков, а также при занятии конструированием, лепкой и рисованием, пользовании ножницами, раскрашивании, в письме. При обучении письму могут проявляться дисграфии (неправильное написание элементов букв, «зеркальное» письмо, недописанные буквы) [11].

Г. Каплан и Б. Сэдок (1998) различают 3 типа нарушения развития координации движений среди детей, которые относятся к категории «неуклюжих»:

- нарушение последовательности движений;
- нарушение выполнения движений (нарушение равновесия, координации движений, мимики);
- нарушение развития всех двигательных умений.

Нарушения координации крупной моторики выявлены примерно в половине случаев СДВГ. Слабая моторная координация проявляется в беспорядочных хаотических движениях. Несмотря на то, что сама по себе грубая моторика у детей с СДВГ развита хорошо, они испытывают значительные трудности в выполнении движений, требующих высокой степени автоматизма. Это, например, повороты рук вовнутрь и наружу или быстрые попеременные движения [5].

Эмоциональные нарушения при СДВГ наблюдаются часто. И. П. Брызгунов, Е. В. Касатикова (2003) считают, что чрезвычайно важным для понимания природы гиперактивного поведения и для коррекции его проявлений являются нарушения эмоциональной сферы. Прежде всего, это чрезмерная возбудимость и импульсивность, обусловленная дефицитом сдерживающего контроля и саморегуляции поведения. Для детей с синдромом характерна частая смена настроения. Они легко переходят от слёз к смеху, быстро забывают свои неудачи. Непоследовательность и непредсказуемость в поведении делают гиперактивных детей нежелательными членами детского коллектива [2].

Эмоциональное развитие ребёнка, как правило, запаздывает, что проявляется неуравновешенностью, вспыльчивостью, нетерпимостью к неудачам. Они бедны в эмоциональном плане: у них не выразительны в цветовом отношении рисунки, стереотипны и поверхностны образы; беден эмоциональный отклик на музыкальные, художественные произведения; неглубоки эмоциональные проявления по отношению к другим людям. При дефиците материнского тепла, физического и эмоционального контакта, у детей страдающих СДВГ, возникают тревожность, неуверенность, возбудимость, негативные реакции, которые, в свою очередь, отражаются на умении ребёнка контролировать себя, сдерживаться, быть внимательным [1].

По мнению О. И. Романчук (2010) нарушение эмоциональной саморегуляции, является одной из нейропсихологических характеристик детей с СДВГ. Ребенок в один момент из спокойного состояния может перейти в состояние крайне озлобленное или, наоборот – в безмерно приподнятое. Обуславливает гиперэмоциональность детей с СДВГ, в частности, слабое регулирование влияние лобной коры на отделы головного мозга, которые связаны с эмоциональной сферой. Эта эмоциональность во многих аспектах жизни может иметь положительное значение – дети с СДВГ могут быть «эмоциональными донорами», заражающими других своими положительными эмоциями, энтузиазмом, жизнелюбием. Но когда ребёнок застревает на отрицательных эмоциях, то его жизнь и жизнь окружающих осложняется. Гиперэмоциональность становится наиболее проблемной при таких отрицательных чувствах, как злость, раздраженность, неудовлетворённость и т. п. Слабость регуляции эмоций, неразвитость способности иначе посмотреть на ситуацию, настроить себя на успокоение и более адекватную эмоциональную, когнитивную и поведенческую реакцию может осложнять выход из состояния отрицательного аффекта [7].

Многие дети с СДВГ испытывают трудности с контролем над своими агрессивными эмоциями и их деструктивными последствиями, как в социальных отношениях, так и в других сферах жизни. Сильная

неуправляемость, неуправляемая злость имеет свойство «помрачать» сознание, заставляет необъективно воспринимать ситуацию как чрезмерно враждебную – и соответственно импульсивно действовать. В состоянии такой сильной злости дети с СДВГ могут прибегать к физической агрессии, направленной на других, на вещи и на самих себя. Наличие такого поведения является одним из отрицательных прогностических факторов относительно будущего ребёнка с СДВГ. Причём склонность к вспышкам гнева и агрессивного поведения во многих случаях не говорит об озлобленности ребенка как состоянии его души [3, 7, 10].

По оценкам Американской психиатрической ассоциации один из десяти детей в возрасте от 6 до 12 лет постоянно испытывает чувство печали — это признак депрессии. У многих из них есть и СДВГ. У ребёнка с СДВГ может развиваться депрессивное состояние на фоне низкой самооценки, помноженной на неприятие в кругу сверстников. Ребёнок может проявлять мало интереса к жизни, спать меньше или наоборот больше, чем раньше [2].

По данным R. S. Jensen (2002) дети с СДВГ испытывают состояние депрессии из-за конфликтных ситуаций дома и в школе, из-за постоянного неуспеха в учебе или в других видах деятельности. А также, по данным автора 25% детей с СДВГ имеют повышенный или высокий уровень тревожности. Если обнаруживается, что ребёнок тревожен, то его состояние может быть обусловлено неуверенностью и сомнениями в своих силах и неумением эффективно строить отношения с другими людьми, особенно со сверстниками. Дети с СДВГ гораздо хуже адаптируются в новой обстановке и более подвержены воздействию негативных стресс-факторов. Это тоже увеличивает тревожный фон настроения ребёнка [14].

Отношения с окружающими. Как правило, нарушены отношения и со сверстниками и со взрослыми. В психическом развитии дети с СДВГ отстают от сверстников, но стремятся руководить. Поэтому у них мало друзей. На детей, страдающих СДВГ, обычные наказания и поощрения не действуют. Именно «невоспитуемость» в сочетании с импульсивностью – основной

повод обращения к медицинскому психологу, психиатру. В отношении сверстников такие дети агрессивны и требовательны, эгоистичны. Не всегда умеют сочувствовать и сопереживать. Не любят уступать в чем-либо и никогда не признаются в своей неправоте. Стремятся к лидерству, но не умеют действовать совместно с другими, другие дети чаще всего отвергают их дружбу [6, 3, 15].

Большая часть родителей и педагогов, выделяя самые сложные для них характеристики поведения гиперактивного ребёнка, обращают внимание на трудности общения и взаимодействия, нарушение контактов. И предполагают, что эти трудности непреодолимы, их невозможно избежать, а нарушение взаимодействия связано с особенностями ребёнка.

Парциальные задержки развития. Многие дети, страдающие СДВГ, плохо учатся в школе, не смотря на нормальный IQ. Кроме того, у детей с СДВГ часто встречаются задержки развития школьных навыков (письма, счета, чтения). Их основной признак – несоответствие между реальной успеваемостью и той, которую можно ожидать исходя из IQ. Несмотря на длительную историю исследований когнитивных процессов при СДВГ, данные об особенностях интеллектуального развития у гиперактивных детей противоречивы.

Другие особенности. У детей с СДВГ чаще бывает ночное недержание мочи (энурез), тики они хуже засыпают, а утром часто бывают сонливы (нарушение сна), бруксизм (скрежетание зубами во сне), энкопрез (недержание кала) и т. п. [3].

Поведенческие расстройства. При СДВГ наблюдаются часто, но не всегда.

По мнению Р.А. Баркли (1990, 2006) первичным дефектом в СДВГ является трудность поведения по правилам. Нарушения «поведения по правилам» трактуется этим автором достаточно широко, и включают дефицит таких функций, как распределение и поддержание внимания, рабочая память, планирование, подавление неадекватных реакций,



подвижность установок. Поведенческие особенности, присущие данному синдрому, автор считает вторичным дефектом [12, 13].

Таким образом, СДВГ является полиморфным расстройством, которое имеет много проявлений. Особенности психического развития детей с СДВГ требуют специальных подходов в воспитании и обучении ребёнка. Также необходима семейная психологическая коррекция и по показаниям медикаментозное лечение ребёнка. На фоне протекающих физических и психических изменений в организме ребёнка происходят значительные изменения и в социальном плане. Неправильный подход к сопровождению детей с СДВГ приводит к развитию более тяжелой степени болезни и социальной дезадаптации.

## Выводы по первой главе

Таким образом, проведенный анализ литературы, позволяет нам сделать следующие выводы:

1. Психомоторика – целостное сложное образование, объединяющее двигательный, познавательный и эмоциональный компоненты, находящиеся в неразрывном единстве и разнообразных взаимосвязях.

2. Психомоторное развитие включает особенности развития сенсорных систем (проприоцептивной, вестибулярной, тактильной), общей моторики, тонкой моторики рук, зрительно-моторной координации, восприятия, психических функций, речи.

3. Психомоторное развитие происходит в онтогенезе под влиянием как биологических, так и социальных факторов, которые постепенно приобретают все большее значение.

4. Основными факторами, влияющими на психомоторное развитие ребенка являются общение ребенка со взрослыми, а затем и со сверстниками, включенное в контекст разных видов совместной деятельности, а также специально организованное обучение, которое обеспечивая усвоение все более сложного содержания общественного опыта, ускоряет процесс индивидуального психомоторного развития.

5. Внешняя картина онтогенеза моторики представляет собой последовательность качественно своеобразных стадий, обусловленных типом общения ребенка и вытекающими отсюда задачами деятельности. Внутренним же содержанием онтогенеза моторики является развитие афферентации и смена определяемых ею уровней построения движений с постепенным переходом от низших к все более высоким уровням (А.В. Запорожец, Д.Б. Эльконин).

6. СДВГ является полиморфным расстройством, которое имеет много проявлений. Особенности психического развития детей с СДВГ

требуют специальных подходов в воспитании и обучении ребёнка. Также необходима семейная психологическая коррекция и по показаниям медикаментозное лечение ребёнка. На фоне протекающих физических и психических изменений в организме ребенка происходят значительные изменения и в социальном плане. Неправильный подход к сопровождению детей с СДВГ приводит к развитию более тяжелой степени болезни и социальной дезадаптации.

## **Глава 2. Эмпирическое исследование психомоторного развития детей старшего дошкольного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью**

### **2.1. Организация, методы и методики исследования**

Проведённый теоретический анализ литературы по проблеме исследования выявил необходимость экспериментального изучения особенностей психомоторного развития детей старшего дошкольного возраста с СДВГ.

Эмпирическое исследование по изучаемой проблематике осуществлялось на базе ООО НПЦ «Клиника современных коррекционных и развивающих технологий» г. Красноярска. В исследовании принимали участие 30 детей старшего дошкольного возраста с СДВГ. Возраст испытуемых 5-6 лет.

Для констатирующего экспериментального исследования нами была проведена выборка среди детей старшего дошкольного возраста по следующим критериям:

1. Схожесть показателей возраста (в исследовании принимали участие дети в возрасте 5–6 лет);
2. Схожесть клинической картины нарушения (все дети принимавшие участие в исследовании имеют диагноз СДВГ (синдром дефицита внимания и гиперактивности)).

**Целью данного экспериментального исследования** явилось изучение уровня и специфических особенностей психомоторного развития детей старшего дошкольного возраста с СДВГ.

В соответствии с целью исследования были поставлены следующие эмпирические задачи:

1. Сформировать для обследования группу детей старшего дошкольного возраста с СДВГ.

2. Определить критерии и подобрать комплекс методик диагностики психомоторного развития детей старшего дошкольного возраста с СДВГ.
3. Выявить специфические особенности и уровень психомоторного развития детей старшего дошкольного возраста с СДВГ.
4. На основе полученных результатов разработать программу по коррекции и развитию психомоторной сферы детей дошкольного возраста с СДВГ.
5. Определить уровень психомоторного развития детей дошкольного возраста с СДВГ после проведения коррекционно-развивающей работы.

В основу исследования легли следующие **принципы**:

1. Принцип научности, предполагающий наличие понятий о надежных и достоверных психолого-педагогических методах и приемах изучения ребенка.
2. Принцип гуманности предполагает признание ценности ребенка как личности, уважение его человеческих достоинств (при проведении эксперимента были обеспечены комфортные условия, использовались развлекательные моменты и др. приемы для создания положительной мотивации).
3. Принцип оптимальности предполагает, что минимальными усилиями должно быть получено достаточное количество диагностической информации.
4. Принцип доступности и индивидуальности предполагает учет возрастных особенностей детей и оптимальной меры доступности.
5. Принцип детерминизма означает, что всякое психическое явление взаимосвязано с другими.
6. Этиопатогенетический принцип предполагает учет специфики дефекта (учитывались скорость утомления детей, объем предъявляемого материала).

При организации и проведении психолого-педагогического исследования мы ориентировались на следующие **требования:**

- уровень методик должен соответствовать возрастным особенностям;
- выполнение заданий должно быть целенаправленным;
- методики должны выполняться самостоятельно.

Экспериментальное исследование проводилось **в три этапа:**

**Подготовительный этап:** на данном этапе исследования осуществлялся анализ психолого-педагогической документации посредством: личных дел, медицинских карт, историй развития, беседы, наблюдения, опроса. Определялась стратегия и тактика диагностической работы.

**Диагностический этап:** проведение диагностики особенностей психомоторного развития детей дошкольного возраста с СДВГ; количественный и качественный анализ результатов.

В качестве основных показателей психомоторного развития детей дошкольного возраста были выделены следующие **критерии:**

1. Особенности общей моторики:

- координация движений (статическая и динамическая);
- одновременность движений;
- отчетливость движений.

2. Особенности мелкой моторики (произвольная моторика пальцев рук, навыки работы с карандашом, навыки манипуляции с предметами):

- точность движений;
- зрительно-моторная координация;
- графомоторные навыки.

Для обследования общей моторики была использована **мотометрическая шкала Озерецкого-Гельнитца**, которая включает в себя восемь заданий:

**1 задание.** Стояние в течение 10 сек. на пальцах ног («на цыпочках») с открытыми глазами.

**Инструкция:** испытуемый поднимается на пальцы ног, становится на цыпочки, руки вытянуты по швам, ноги плотно сжаты, пятки и носки сомкнуты.

**Оценка результатов:** 1 балл – задание ребенок выполнил.

0 баллов – задание ребенок не выполнил. Тест считается невыполненным, если испытуемый: сошел с первоначальной позиции, прикоснулся пятками к полу.

Шатание, балансирование при поднимании и опускании на пальцах ног, за минус не принимаются, но оговариваются в протоколе. При неудаче допускается повторение теста, но не более трех раз.

**2 задание.** Прыгание с открытыми глазами попеременно, правой и левой ногах на расстояние в 5 м.

**Инструкция:** ребенок сгибает под прямым углом ногу в коленном суставе, руки на бедрах. По звуковому сигналу начинает прыгать и, допрыгав до заранее указанного места, опускает ногу; после перерыва в 30 сек. Прыгает на другой ноге.

**Оценка результатов:**

1 балл – тест считается выполненным, если задание выполнено для обеих конечностей;

0,5 баллов – при выполнении задания для одной ноги, в протоколе указывается для какой ноги выполнено задание.

0 баллов – тест считается невыполненным, если испытуемый больше чем на 50см отклоняется от прямой линии, коснулся пола подогнутой ногой или размахивал руками.

При неудаче допускается повторение теста, но не более двух раз для каждой ноги. Скорость не учитывается.

**3 задание.** Стояние на одной ноге с открытыми глазами в течение 10 сек. (попеременно на правой и на левой).

**Инструкция:** левая нога согнута под прямым углом в коленном суставе; левое бедро – параллельно правому, слегка отведено, руки выгнуты, по швам. При спонтанном опускании приподнятой ноги следует предложить ребенку немедленно выровнять ногу до прямого угла. После 30 сек. перерыва то же испытание продлевается на другой ноге.

1 балл – ставится за выполнение задания на обеих конечностях;

0,5 баллов – при неустойчивости на одной ноге и в протоколе отмечается, какая нога более устойчива;

0 баллов – тест считается невыполненным, если испытуемый после трехкратного напоминания все же опустил приподнятую ногу; тест также считается невыполненным, если испытуемый, хотя бы раз коснулся земли, подогнутой ногой, сошел с места, подпрыгивал, приподнимался на пальцах ноги, балансировал. Допускается повторение теста, но не более двух раз для каждой ноги.

**4 задание** Бросание в цель ручного мяча диаметром 8 см.

**Инструкция:** на высоте груди испытуемого на стену прикрепляется доска-цель размером 25х25 см. Мяч бросается с расстояния 1,5 м. Из 5-ти бросков каждой рукой должно быть три попадания правой, два попадания левой рукой. Мяч желательно не бросать снизу. Решающим, однако, являются попадания. Повторные попытки не разрешаются.

Оценка результатов:

5 баллов – попал в цель и правой и левой рукой нужное количество раз.

4-3 балла - попал и левой и правой рукой в цель, но допустил ошибки.

2-1 балл - допустил много ошибок, но при этом смог попасть в цель.

0 баллов - не попал в цель, с заданием не справился.

**5 задание:** Прыгание с места (разбег не допускается) через веревку, протянутую на высоте 20 см от пола.

**Инструкция:** при прыжке необходимо стибать обе ноги в коленных суставах и одновременно отделять их от земли (перепрыгивание, а не перешагивание).



### **Оценка результатов:**

1 балл - из трех проб ребенок должен два раза перепрыгнуть, не задев веревки.

0 баллов - данное количество баллов ставится ребенку, если он отказался выполнять задание или упал, так же коснулся руками пола. В протоколе отмечается, стал ли ребенок на носки или на пятки.

**6 задание** Стояние в течение 15 сек. с закрытыми глазами.

**Инструкция:** руки вытянуты по швам, ноги поставлены так, чтобы носок левой ноги тесно примыкал к пятке правой; стопы должны быть расположены по прямой линии.

### **Оценка результатов:**

1 балл - ребенок простоял 15 сек. с закрытыми глазами, с места не сходил и не балансировал.

0 баллов - с заданием не справился: сошел с места и балансировал. Допускается повторение теста.

**7 задание.** Коснуться, закрыв глаза, указательным пальцем правой и левой руки (по очереди) кончика носа.

**Инструкция:** ребенку предлагают коснуться кончика носа сначала правой рукой, а затем левой.

### **Оценка результатов:**

1 балл – быстро дотронулся кончика носа.

0 баллов – ставим, если испытуемый коснулся не кончика носа, а какого-нибудь другого места и только уже потом кончика носа.

Допускается повторение теста, но не более трех раз каждой рукой в отдельности. Из трех проб две должны быть положительными.

**8 задание** Испытуемому предлагается в течение 10 сек. Указательными пальцами горизонтально вытянутых рук описывать в воздухе круги, размер которых произволен, но должен быть одинаковым для обеих рук.

**Инструкция:** ребенок должен правой рукой нарисовать круги по направлению часовой стрелки, левой рукой в обратном направлении.

### Оценка результатов:

1 балл – задание считается выполненным, ребенок правильно сделал вращения и правой и левой рукой.

0 баллов – задание считается невыполненным, если испытуемый вращал руки одновременно в одну сторону, описывал круги неправильной формы или описывал один круг меньше другого. При неудаче тест повторяется, но не более 3-х раз.

Общий подсчет баллов и уровней развития общей моторики по мотометрической шкале Озерецкого-Гельнитца представлен в таблице 1.

**Таблица 1 - Общий подсчет баллов и уровней развития общей моторики по мотометрической шкале Озерецкого-Гельнитца**

№ задания	Количество баллов	Уровень развития общей моторики
1 задание	1 балл	Высокий уровень
	0 баллов	Низкий уровень
2 задание	1 балл	Высокий уровень
	0,5 баллов	Средний уровень
	0 баллов	Низкий уровень
3 задание	1 балл	Высокий уровень
	0,5 баллов	Средний уровень
	0 баллов	Низкий уровень
4 задание	5 баллов	Высокий уровень
	4-3 балла	Средний уровень
	2-1 балл	Низкий уровень
	0 баллов	Очень низкий уровень
5 задание	1 балл	Высокий уровень
	0 баллов	Низкий уровень
6 задание	1 балл	Высокий уровень
	0 баллов	Низкий уровень

<b>7 задание</b>	1 балл	Высокий уровень
	0 баллов	Низкий уровень
<b>8 задание</b>	1 балл	Высокий уровень
	0 баллов	Низкий уровень

**Общий результат по развитию общей моторики по  
мотометрической шкале Озерецкого-Гельнитца**

Высокий уровень – 10-12 баллов.

Средний уровень – 4-9 баллов.

Низкий уровень – 1-3 баллов.

Очень низкий уровень – 0 баллов.

Задания для **обследования мелкой моторики** были взяты из **диагностических методик у Г.А. Волковой и Н.В. Нищевой.**

**Обследование мелкой моторики разделено на три блока:**

- диагностика произвольной моторики пальцев рук;
- диагностика навыков работы с карандашом;
- диагностика навыка манипуляции с предметами.

К каждому блоку подобраны различные задания с учетом возраста, физического и психического развития ребенка.

За каждое правильно выполненное задания ребенок получает 1 балл, если с заданием ребенок не справился, то ставится 0 баллов. В конце обследования подсчитывается общий результат развития мелкой моторики и выводится средний балл.

При подсчете результатов необходимо отметить: плавно ли, точно ли и одновременно ли выполняет задания ребенок и наблюдается ли напряженность, скованность движений; нарушение темпа выполнения движения; невыполнение.

**1 блок: диагностика произвольной моторики пальцев рук.**

**Инструкция:** детям были предложены следующие задания, которые выполнялись под счет:

1. Пальцы сжать в кулак – разжать (5-6 раз);
2. Держа ладони на поверхности стола, разъединить пальцы, соединить вместе (5-6 раз);
3. Сложить пальцы в кольцо — раскрыть ладонь (5-6 раз);
4. Проба «кулак - ребро - ладонь» - данная проба выполняется и правой и левой рукой по очереди и вместе,

Общий подсчет результатов по 1 блоку:

Высокий уровень – 4 балла.

Средний уровень – 3-2 балла.

Низкий уровень – 1-0 баллов.

### **2 блок: диагностика навыков работы с карандашом.**

**Инструкция:** детям были предложены цветные карандаши, лист бумаги и трафареты и были даны следующие задания:

1. Нарисуй прямую, ломаную, замкнутую и волнистую линию.
2. Обведи по трафарету.
3. Нарисуй человека.

**Общий подсчет результатов по 2 блоку:**

Высокий уровень – 3 балла.

Средний уровень – 2 балла.

Низкий уровень – 1-0 баллов.

### **3 блок: диагностика навыка манипуляции с предметами.**

**Инструкция:** детям были предложены следующие игры:

- 1.«Пуговица» - детям необходимо быстро расстегнуть и застегнуть пуговицы.
- 2.«Шнурок» - детям необходимо быстро завязать и развязать шнурки.
- 3.«Мозаика» - детям необходимо выложить предложенный узор.
4. «Бусы» - быстро нанизать на веревку бусы

**Общий подсчет результатов по 3 блоку:**

Высокий уровень – 4 балла.

Средний уровень - 3-2 балла.

Низкий уровень -1-0 баллов.

Общий подсчет баллов и уровней развития мелкой моторики по методикам Г.А. Волковой и Н.В. Нищевой представлен в таблице 2.

**Таблица 2 - Общий подсчет баллов и уровней развития мелкой моторики по методикам Г.А. Волковой и Н.В. Нищевой**

<b>№ блока</b>	<b>Количество баллов</b>	<b>Уровень развития мелкой моторики</b>
<b>1 блок</b>	4 балла	Высокий уровень
	3-2 балла	Средний уровень
	1-0 баллов	Низкий уровень
<b>2 блок</b>	3 балла	Высокий уровень
	2 балла	Средний уровень
	1-0 баллов	Низкий уровень
<b>3 блок</b>	4 балла	Высокий уровень
	3-2 балла	Средний уровень
	1-0 баллов	Низкий уровень

**Общий результат по развитию мелкой моторики по методикам Г.А. Волковой и Н.В. Нищевой**

Высокий уровень – 9-11 баллов.

Средний уровень – 4-8 баллов.

Низкий уровень – 0-3 балла.

Обследование каждого ребенка проводилось в течении 40-45 минут. Все задания предъявлялись в игровой форме. Выполняя предлагаемые задания, ребенок стоял или сидел на удобном для него месте (на ковре, на стуле и т.д.) рядом или напротив экспериментатора (в зависимости от характера задания). Ему предоставлялась максимально возможная степень самостоятельности.

Процесс выполнения ребенком каждого задания тщательно фиксировался. При этом отмечался не только результат, но также характер самих действий ребенка, все речевые и эмоциональные реакции, особенности поведения, временные параметры выполнения отдельных заданий.

Таким образом, предложенный комплекс методик диагностики позволит выявить особенности психомоторного развития детей старшего дошкольного возраста с СДВГ.

**Завершающий этап:** обработка результатов исследования, проведение коррекционно-развивающих занятий с детьми старшего дошкольного возраста с СДВГ; сравнительная диагностика уровня психомоторного развития детей после коррекционно-развивающих занятий.

## **2.2. Анализ результатов эмпирического исследования**

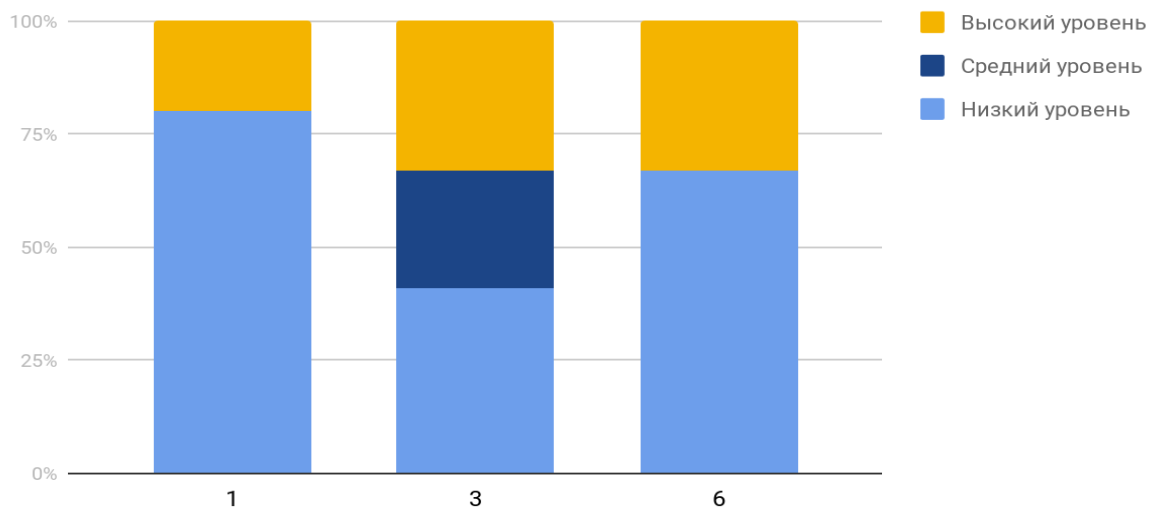
В результате проведенного исследования нами были получены количественные и качественные результаты.

Количественные показатели уровня развития общей моторики, полученные с помощью мотометрической шкалы Озерецкого-Гельнитца, представлены в таблице 3 Приложения А.

Мы изучали следующие показатели: статическая координация движений (задания 1, 3, 6); динамическая координация движений (задания 2, 4); одновременность движений (задания 5, 8) и отчетливость движений (задания 4, 7).

Из рисунка 1 видно, что все задания на статическую координацию выполнялись детьми старшего дошкольного возраста с СДВГ с трудностями. Успешное выполнение каждого задания (высокий уровень) было доступно примерно трети детей, участвующих в исследовании.

## Результаты исследования уровня развития статической координации движений у детей старшего дошкольного возраста

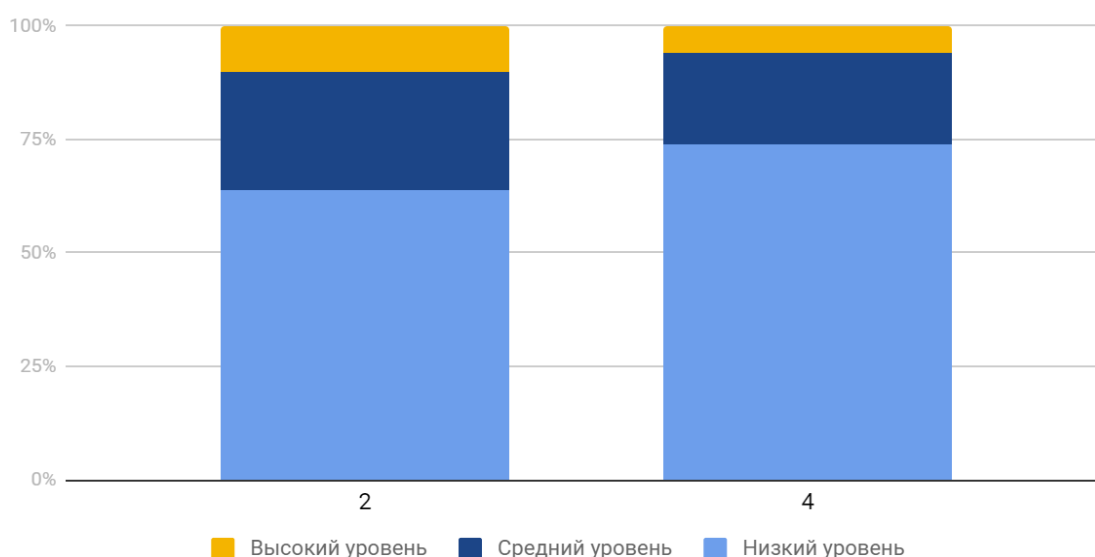


**Рисунок 1 – Результаты исследования уровня развития статической координации движений у детей старшего дошкольного возраста с СДВГ по мотометрической шкале Озерецкого-Гельнитца, в %**

Наибольшие затруднения у детей вызвало первое задание, в стоянии “на цыпочках” в течении 10 секунд с открытыми глазами. Средним по степени успешности является шестое упражнение, где нужно было стоять в течении 15 секунд с закрытыми глазами. Наиболее успешным в выполнении было третье задание, где нужно было простоять на одной ноге с открытыми глазами в течении 10 секунд.

Необходимо отметить, что у детей старшего дошкольного возраста с СДВГ отмечалась невозможность сохранения равновесия, стоя “на цыпочках” по причине слабой произвольности движений, неумения управлять собственным мышечным тонусом, импульсивного восприятия инструкции. При удержании позы как “на цыпочках”, так и на одной ноге, дети покачивались, помогая при этом себе руками, опускали приподнятую ногу. При удержании позы с закрытыми глазами отмечалось значительное пошатывание, неспособность стоять ровно, дети чаще всего переминались с ноги на ногу и совершали движения руками.

### Показатели динамической организации движений детей с СДВГ, в %



**Рисунок 2 – Результаты исследования уровня развития динамической координации движений у детей старшего дошкольного возраста с СДВГ по мотометрической шкале Озерецкого-Гельнитца, в %**

Данные рисунка 2 свидетельствуют о низком уровне успешности выполнения заданий на динамическую координацию у детей старшего дошкольного возраста с СДВГ. Высокий уровень получила малая часть обследуемой группы.

Наибольшие трудности вызвало четвертое упражнение, где детям нужно было бросать небольшой мяч в цель с расстояния 1,5 м. В процессе метания отмечалась импульсивность деятельности, сложности в концентрации на цели, скованность руки и кисти руки, у некоторых детей отмечались синкинезии, несогласованность движений верхней и нижней части тела, так же некоторые дети предпринимали попытки бросания мяча снизу. Также отмечалась повышенная истощаемость при выполнении данного упражнения.

Наиболее успешным стало второе задание, где детям необходимо было прыгать попеременно на одной, затем на другой ноге на расстоянии 5 метров. При выполнении данного упражнения также отмечалась

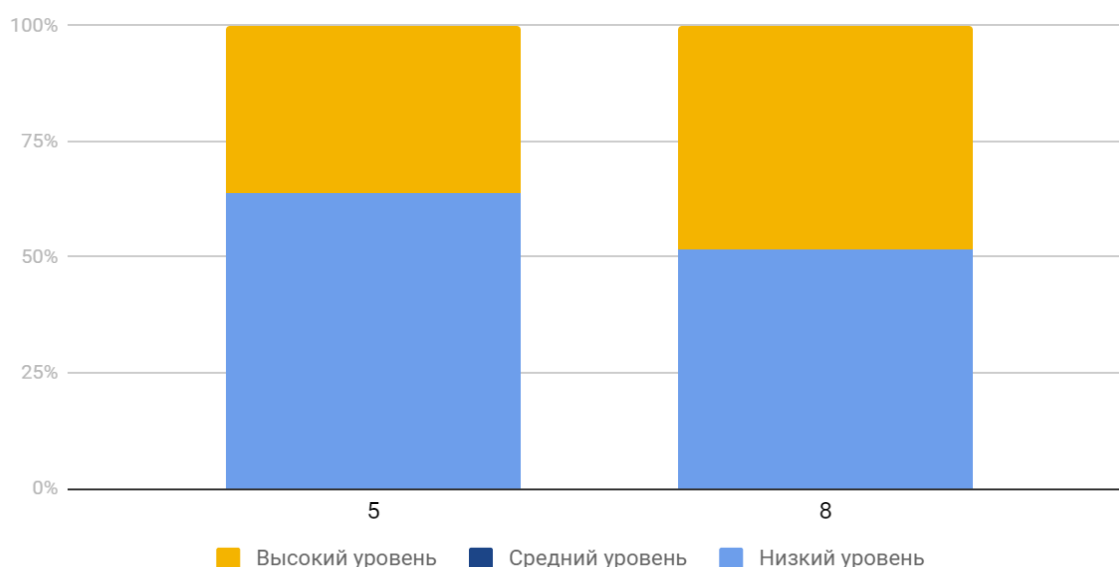


импульсивность в движениях, неустойчивость позы, излишнее мышечное напряжение, которое приводило к повышенной истощаемости.

Таким образом, проведенные исследования показали, что у детей с СДВГ наблюдалась выраженная недостаточная сформированность как статической, так и динамической координации движений.

На рисунке 3 представлены показатели одновременности движений испытуемых.

Показатели одновременности движений детей дошкольного возраста с СДВГ, в %



**Рисунок 3 – Результаты исследования уровня развития одновременности движений у детей старшего дошкольного возраста с СДВГ по мотометрической шкале Озерецкого-Гельнитца, в %**

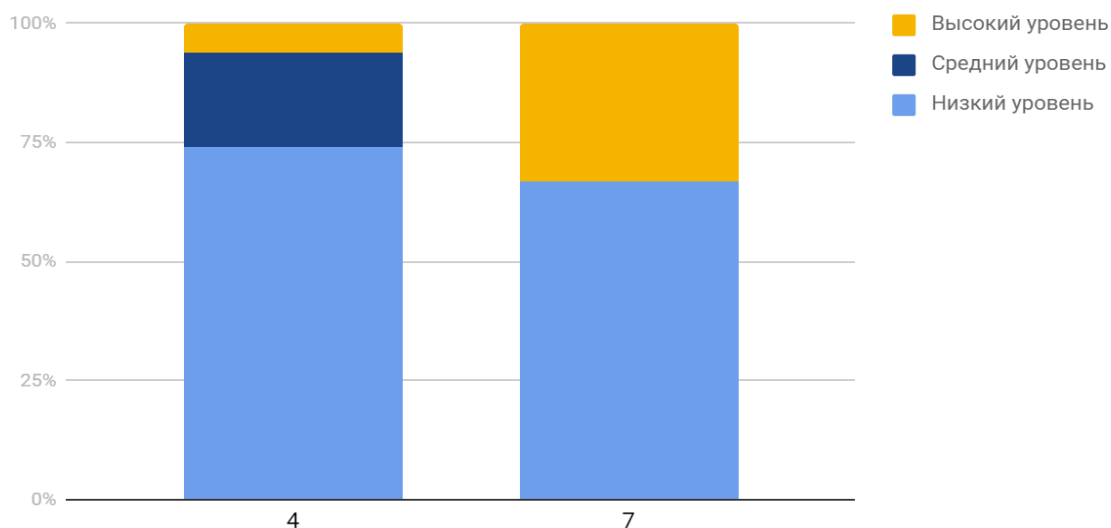
Из рисунка 3 видно, что практически половина детей старшего дошкольного возраста с СДВГ справились с заданиями на одновременность движений. Пятое упражнение, где детям нужно было прыгнуть с места через веревку, протянутую на высоте 20 см от пола, явилось для детей более сложным, чем упражнение, где необходимо было вытянутыми руками одновременно рисовать круги в разные стороны.

В упражнении на прыжки с места были отмечены следующие особенности выполнения данного упражнения: перед прыжком дети перетаптывались на месте, преднастраивая позу к прыжку, одновременный толчок двумя ногами не совершался, явная рассогласованность координации рук и ног. В упражнении на координацию руками отмечались такие ошибки, как вращение руками в одну сторону, круги неправильной формы, один круг был меньше другого.

Таким образом, мы можем сделать вывод о том, что одновременная координация рук развита у детей старшего дошкольного возраста с СДВГ лучше, чем одновременная координация ног.

Из рисунка 4 видно, что большинство детей не справились с заданиями.

Показатели отчетливости движений детей дошкольного возраста с СДВГ, в %.



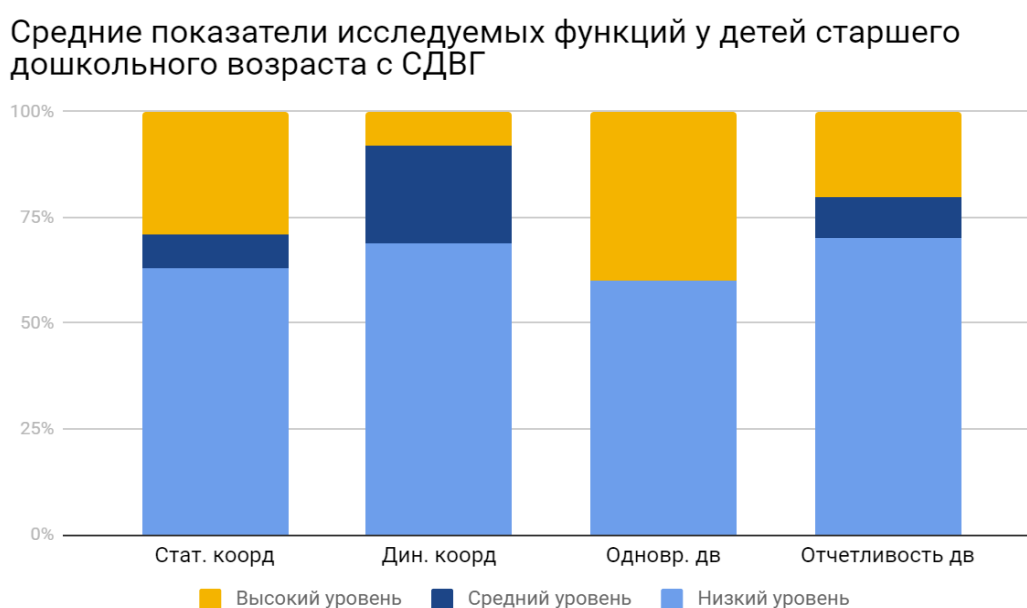
**Рисунок 4 – Результаты исследования отчетливости движений у детей старшего дошкольного возраста с СДВГ по мотометрической шкале Озерецкого-Гельнитца, в %**

В процессе метания отмечалась импульсивность деятельности, сложности в концентрации на цели, скованность руки и кисти руки, у

некоторых детей отмечались синкинезии, несогласованность движений верхней и нижней части тела, так же некоторые дети предпринимали попытки бросания мяча снизу. Также отмечалась повышенная истощаемость при выполнении данного упражнения.

Седьмое упражнение, где необходимо было коснуться с закрытыми глазами кончика носа сначала указательным пальцем правой, затем левой руки, также представляло для детей сложность.

На рисунке 5 представлены сводные средние показатели исследуемых функций у детей старшего дошкольного возраста с СДВГ.



**Рисунок 5 – Средние показатели уровня развития общей моторики у детей старшего дошкольного возраста с СДВГ по мотометрической шкале Озерецкого-Гельнитца, в %**

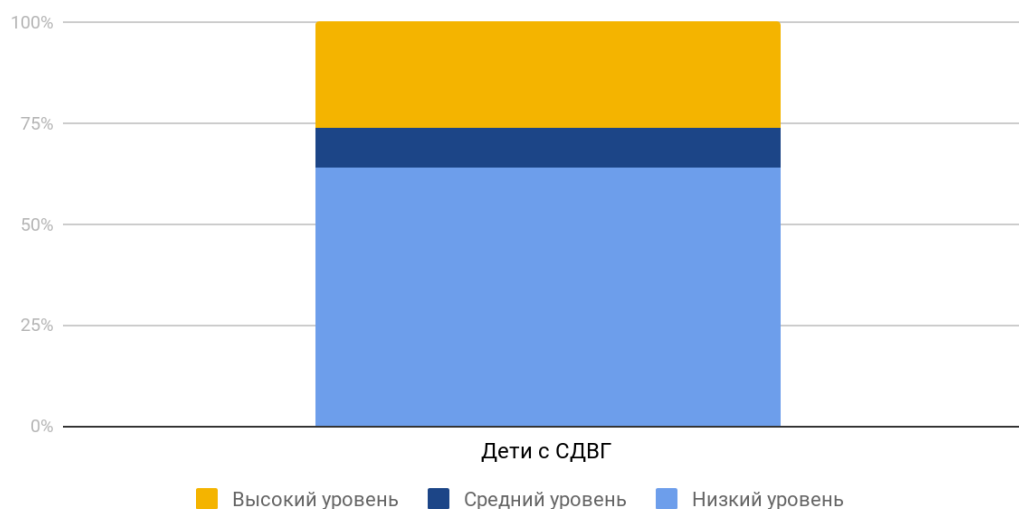
Таким образом, характерными особенностями общей моторики детей дошкольного возраста с СДВГ являются:

- нарушения статической координации движений;
- нарушения динамической координации движений;
- сложности в управлении одновременными движениями;

- сниженная отчетливость и точность движений;
- неточность крупных движений;
- общая моторная неловкость;
- отсутствие гибкости и плавности;
- ярко выраженные нарушения координации;
- нарушение ациклических движений (метание в цель).

На рисунке 6 представлены сводные показатели уровня развития общей моторики по мотометрической шкале Озерецкого-Гельнитца.

Сводные показатели уровня развития общей моторики по мотометрической шкале Озерецкого-Гельнитца у детей с СДВГ

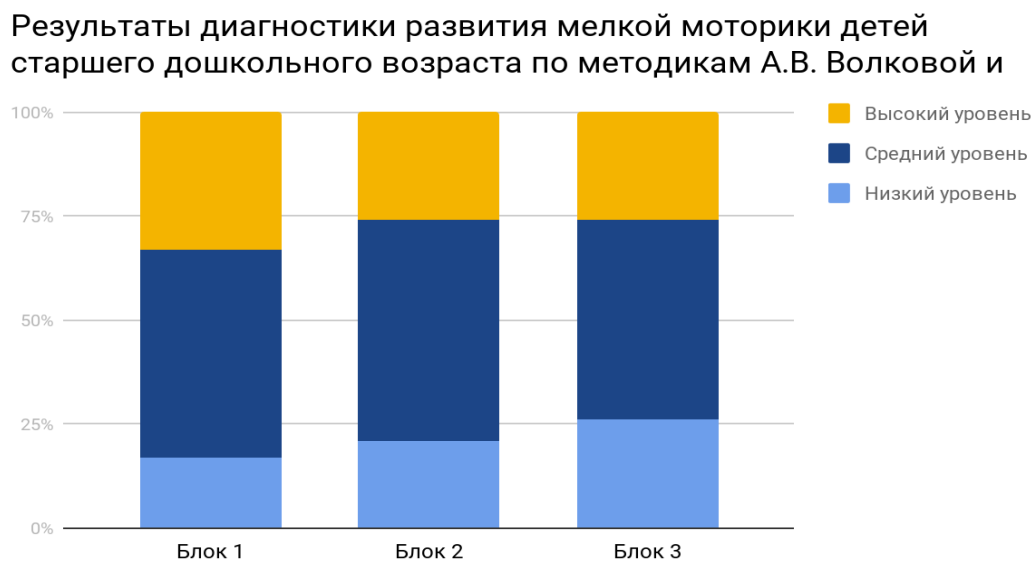


**Рисунок 6 – Результаты исследования показателей уровня развития общей моторики у детей старшего дошкольного возраста с СДВГ по мотометрической шкале Озерецкого-Гельнитца, в %**

Диагностика с помощью мотометрической шкалы Озерецкого-Гельнитца показала, что среди детей старшего дошкольного возраста с СДВГ подавляющее большинство детей имеют низкий уровень развития общей моторики - 64%, средний уровень показали 10% детей, высокий 26%.

Результаты диагностики мелкой моторики детей дошкольного возраста с СДВГ представлены в таблице 4 Приложения Б.

Рассмотрим на рисунке 7 результаты диагностики мелкой моторики детей старшего дошкольного возраста с СДВГ.



**Рисунок 7 – Результаты диагностики развития мелкой моторики детей старшего дошкольного возраста с СДВГ по методикам А.В. Волковой и Н.В. Нищевой, в %**

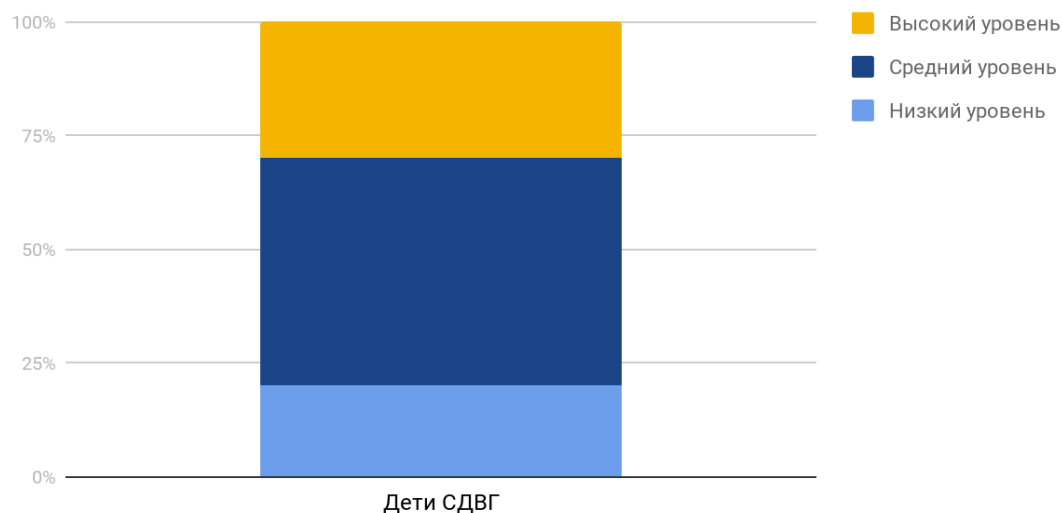
Данные рисунка 7 свидетельствуют, что у детей старшего дошкольного возраста с СДВГ преобладает средний уровень развития мелкой моторики.

Самым успешным для выполнения являлся блок 1, где исследовалась произвольная моторика пальцев рук. В большей степени трудности присутствуют в блоке 3, где диагностировался навык манипуляции с предметами. Блок 2, в котором проверялся навык работы с карандашом, был также сложен для детей данной категории.

Эти данные указывают на недостаточность таких качеств как:

- соотносящие движения рук;
- кинестетическая основа движений руки;
- зрительно-моторная координация движений;
- точность движений рук.

Сводные показатели уровня развития мелкой моторики детей старшего дошкольного возраста по методикам А.В. Волковой и



**Рисунок 8 – Результаты исследования показателей уровня развития мелкой моторики у детей старшего дошкольного возраста с СДВГ по методикам А.В. Волковой и Н.В. Нищевой, в %**

Диагностика уровня развития мелкой моторики с помощью методик А.В. Волковой и Н.В. Нищевой показала, что 20% детей имеют низкий уровень развития навыков мелкой моторики, 50% детей - средний уровень и 30% - высокий уровень развития.

На основе полученных данных нами была разработана коррекционно-развивающая программа по развитию психомоторной сферы детей дошкольного возраста с СДВГ.

## Выводы по второй главе

1. Эмпирической базой для реализации исследования было выбрано ООО НПЦ «Клиника современных коррекционных и развивающих технологий» г. Красноярск. В исследовании принимали участие 30 детей старшего дошкольного возраста с СДВГ. Возраст испытуемых 5-6 лет.

2. Целью данного экспериментального исследования явилось изучение уровня и специфических особенностей психомоторного развития детей старшего дошкольного возраста с СДВГ.

3. Учитывая особенности детей дошкольного возраста с СДВГ, для диагностики психомоторного развития данного контингента нами были использованы следующие методики:

- Изучение общей моторики по мотометрической шкале Озерецкого-Гельнитца;
- Изучение мелкой моторики по диагностическим методикам у Г.А. Волковой, Н.В. Нищевой.

4. По результатам диагностики с помощью мотометрической шкалы Озерецкого-Гельнитца выявлено, что среди детей старшего дошкольного возраста с СДВГ подавляющее большинство детей имеют низкий уровень развития общей моторики - 64%, средний уровень показали 10% детей, высокий 26%.

5. Из результатов диагностики уровня развития мелкой моторики с помощью методик А.В. Волковой, Н.В. Нищевой видно, что 20% детей имеют низкий уровень развития навыков мелкой моторики, 50% детей - средний уровень и 30% - высокий уровень развития.

6. Комплекс методик диагностики уровня развития общей и мелкой моторики позволил выявить следующие особенности психомоторного развития детей старшего дошкольного возраста с СДВГ:

- нарушения статической координации движений;
- нарушения динамической координации движений;

- сложности в управлении одновременными движениями;
- сниженная отчетливость и точность движений;
- неточность крупных движений;
- общая моторная неловкость;
- отсутствие гибкости и плавности;
- ярко выраженные нарушения координации;
- нарушение ациклических движений (метание в цель);
- соотносящие движения рук;
- кинестетическая основа движений руки;
- зрительно-моторная координация движений;
- точность движений рук.

7. Полученные нами результаты констатирующего эксперимента, направленные на изучение уровня и специфических особенностей психомоторного развития детей старшего дошкольного возраста с СДВГ, легли в основу разработки программы коррекции психомоторного развития у изучаемого контингента детей.



## **Глава 3. Программа коррекции психомоторного развития детей старшего дошкольного возраста с СДВГ**

### **3.1. Научно–методологические основы и содержание программы коррекции психомоторного развития детей с СДВГ**

**Целью** данной программы является улучшение функционирования центральной нервной системы в целом, повышение продуктивности протекания психических процессов и психомоторного развития детей с СДВГ.

#### **Задачи:**

- улучшение процессов активации, энергоснабжения и статокинетического баланса психических процессов;
- повышение эффективности операционного обеспечения сенсорно-перцептивного взаимодействия со внешним миром;
- улучшение координирования движений, развитие крупной, мелкой моторики.
- улучшение статического и динамического равновесия;
- развитие и коррекция процессов зрительно-моторной координации;
- развитие межполушарного взаимодействия;
- развитие произвольной регуляции и самоконтроля;
- активация в развитии ВПФ (внимание, память, речь, пространственные представления).

**Методологическая база:** современные представления о закономерностях развития и иерархическом строении мозговой организации ВПФ в онтогенезе (прежде всего – в ракурсе теории о трех функциональных блоках мозга А.Р. Лурия); на учение Л.С. Цветковой о нейропсихологической реабилитации; на принципе «замещающего онтогенеза» (А.В. Семенович, Б.А. Архипов).

**Организация занятий:** длительность занятия 50 минут, включая беседу с родителем.

## Тонический уровень (А)

Уровень А специализируется на мускулатуре туловища и шеи и управляет стволom и опорой тела, регулирует позно-тоническую устойчивость всего тела, с использованием постуральных мышц спины и ног. Туловищно-шейная (стволовая) система тела характеризуется плавными, упругими и выносливыми движениями. Н.А. Бернштейн описывает это как приспособительное, подвижное поддерживание - так называемую *статокинетику* (взаимодействие статики и динамики).

Уровень А управляет тоническими сокращениями поперечно-полосатой мышцы и обеспечивает всем конечностным мышцам тонус (так называемое фоновое напряжение) и тонические сокращения мышц-сгибателей и разгибателей. Хорошая фоновая работа тонуса и осанки является обязательным условием для двигательной координации, что является предпосылкой развития ловкости у человека. Действия уровня А полностью произвольны, т.е. не контролируются сознанием.

Уровень тонической регуляции определяется целостностью и стабильностью. Целостность и стабильность тут понимается не только целостностью и стабильностью тела, но и психики ребенка в целом.

Телесная чувствительность разделяется на два вида - это глубокая (протопатическая) и поверхностная (эпикритическая) чувствительность. Тонический уровень управляет протопатической чувствительностью, когда как эпикритическая относится к уровню В.

Ведущей афферентацией (от лат. *afferens* — «приносящий») уровня А является глубокая и вестибулярная рецепция положения тела относительно силы тяжести. Глубокая чувствительность обладает следующими свойствами:

1. Включена постоянно;
2. Не дифференцируется (в отличии от поверхностной чувствительности);

3. Суммируется, то есть медленно накапливается, суммируется и распространяется. Суммация раздражения разделяется по *силе* и по *времени*.

Эфферентацией (от лат. *efferens, efferentis* - выносящий) уровня тонического регулирования является - выход на тоническую регуляцию тела, поддержание и регулирование активности всего тела, построение и удержание позы тела, потягивание, непроизвольная дрожь (от холода или страха), хваточные позы (называемые у Бернштейна “тоническим защелкиванием”).

Нарушения протопатического восприятия вызывают задержку или отсутствие формирования целостного реального восприятия своего тела.

Отдельное внимание стоит уделить зрительному восприятию, как одному из условий цельного восприятия пространства. Зрительное восприятие опирается боковое (более древнее) и центральное. При испытываемых трудностях в тонической настройке глазодвигательных мышц, центральное зрение может быть нарушено, при этом, боковое зрение, как правило, сохраняется.

*Особенности бокового зрения:*

- реагирует только на контраст;
- реагирует на движение и не видит неподвижных объектов;
- одномоментное восприятие (нет рассматривания и слежения).

*Особенности центрального зрения:*

- конвергенция двух глаз на одном объекте – совместное видение двумя глазами;
- слежение за целью в пространстве – движения сопряжения; глаза сопровождают цель в пространстве; (как вы идете, опираясь на перила);
- рассматривание объектов;
- поиск цели в пространстве.

Для коррекции тонической настройки глазодвигательных мышц на данном уровне будут использованы упражнения на развитие зрительно-моторной координации.

### **Коррекция тонического уровня А**

#### **Упражнения по коррекции протопатической чувствительности и постуральных нарушений:**

1. Надавливание на тела ребенка до появления ответной реакции.
2. Проминание, прощупывание тела ребенка.
3. Прохлопывание тела ребенка.
4. «Фиксационные зажимы» - зажатие по одному пальцу каждой руки ребенка, широко разводя его руки, с указанием ребенку: “Вырваться, вытащить сразу два пальца” (если ребенку удастся потянуть две руки одновременно, то, как правило, возникает выравнивание положения тела относительно силы тяжести).
5. И.п. лежа на спине, развести руки/ноги ребенка в стороны и ограничить их подвижность своими руками, попросить вытащить руки/ноги.
6. «Вибрация от опоры» - в положении стоя плотно надавливать на щиколотки ребенка в направлении на опору, раскачивая их короткими вибрирующими движениями – при этом тело ребенка непроизвольно выравнивается, выпрямляется. Позже – работа от коленей ребенка, от костей его таза.
7. Упражнения на релаксацию, расслабление, снятие мышечного напряжения: японский массаж буто.
8. Ходьба на беговой дорожке, оказывать равномерное давление на плечи, счет до пяти.

#### **Упражнения по коррекции вестибулярных нарушений:**

1. Упражнения на неустойчивой опоре - хождении по чурочкам, горкам, пассивное или самостоятельное передвижение, в положении сидя или стоя, на тележке или на скейте.

2. Упражнения на мозжечковой доске.
3. Упражнения на гимнастическом мяче: положить ребенка животом на мяч, потом спиной, раскачивая в разные стороны. Посадить ребенка на мяч, придерживая его за колени, строго дифференцировано наклонять мяч назад-вперед-вправо-влево, при усвоении - по кругу.
4. Весь арсенал упражнений, связанный с кружением вокруг собственной оси.
5. Упражнения на системе Гроссо. На первом этапе строго дифференцированное раскачивание вверх-вниз/вправо-влево/вперед-назад. С усвоением и адаптацией, добавлять круговые раскачивания.

### **Упражнения по коррекции зрительно-моторной координации:**

В зависимости от пространственного восприятия, работа выстраивается лежа, сидя или стоя. С усвоением пространственных полей, менять исходное положение работы.

1. Фиксация взгляда на предмете в различных точках.
2. Работа с автоматической ручкой (с кнопкой). Фиксация ручки на одном положении, просьба: “Нажми на кнопку”. Положение ручки меняется вокруг пространства ребенка. Упражнение выполняется сначала одной рукой, потом второй.
3. Работа с автоматической ручкой (с кнопкой). Попросить ребенка пальцем указательной руки “догнать” кнопку и нажимать на нее. Ручка двигается строго перед ребенком по кругу, потом по знаку бесконечности.
4. То же, только по вертикали-горизонтали.
5. Слежение глазами за ручкой. Обращать внимание на то, как выполняется данное упражнение, двигает ли ребенок только глазами или следит за ручкой за счет движения головы. При усвоении упражнения, просить (или фиксировать) голову ребенка и продолжать упражнение.

6. И.п. сидя, при усвоении упражнения - стоя. Руки вытянуты вперед, указательный палец вытянут, ребенок рисует двумя руками в пространстве круги, квадраты, треугольники, знак бесконечности. Усложнение - каждой рукой рисовать разные фигуры.

### **Мышечно-суставной уровень (В)**

На этом уровне идет переработка сигналов от мышечно-суставных рецепторов, которые сообщают о взаимном положении и движении частей тела. Этот уровень оторван от внешнего пространства, но зато очень хорошо "осведомлен" о том, что делается "в пространстве тела".

Данный уровень связан со всей осязательной чувствительностью (с ощущениями холода, тепла, прикосновения, давления, и т.д) и с суставно-мышечной чувствительностью, что по-другому называется проприоцепцией.

Уровень В принимает большое участие в организации движений более высоких уровней, беря на себя задачу внутренней координации сложных двигательных актов. К собственным движениям этого уровня относятся такие, которые не требуют учета внешнего пространства: вольная гимнастика, потягивания, мимика и др.

Уровень В является уровнем синергии, способным управлять не только всеми мышцами человеческого тела, когда требуется мобилизация, активность всего тела, но и отдельно взятыми группами мышц, например, рукой (в действиях письма, вязания и т.д). Уровень В также отвечает за ритмичную организацию движения во времени, обеспечивая чередование мышц-сгибателей и мышц-разгибателей, т.е. циклы движений (например, ходьба). На данном уровне происходит образование двигательных навыков, сохраняемых в двигательной памяти, автоматизация движений.

Данный уровень организует движения (взаимодействие между мышцами, налаживание необходимых синергий), но не может приноровить движение к внешним условиям и к реальным условиям изменяющейся среды, так как он не связан с телерецепторами зрения и слуха; руководит всеми

основными двигательными автоматизмами: переворачивание, ползание, ходьба, лазание, бег и т.д.

Проведение коррекций данного уровня всегда исходит из собственного тела, соблюдается наиболее удобный и экономный порядок включения мышц в работу, выбирает более плавный и обтекаемый путь движения.

Н.А. Бернштейн отмечает, что уровень В приспособлен к усвоению жизненного опыта, к построению новых двигательных актов и хранению их в двигательной памяти. Данный уровень богат “двигательными фонами” (автоматизмами движений), что успешно помогает подобрать подходящие движения для незнакомых ситуаций, помогая человеку найти двигательный выход из любой ситуации. Это, по Н.А. Бернштейну, является предпосылками к телесной ловкости.

Ловкость Н.А. Бернштейн подразделяет на два вида: телесную и предметную (ручную ловкость). Таким образом, основываясь на теории построения движений уровня мышечно-суставного регулирования, важно развивать у детей различные двигательные автоматизмы, новые паттерны движений, которые помогут им сориентироваться в незнакомой для них ситуации и найти из нее двигательный выход, а также развивать тонкую моторику кисти руки и пальцев.

Также, данный уровень отвечает за мимичность лица и мимику телодвижений (пантомимику), произвольные выразительные жесты, сопровождающие поведение человека и речь.

Данный уровень, как и уровень тонической регуляции, является фоновым, его работа выстраивается без привлечения сознания.

### **Коррекция мышечно-суставного уровня**

1. Работа с опорами тела (ладошки, стопы).
2. Проработка онтогенетических движений ребенка, начиная с момента рождения.

3. Диагональные движения тела: лежа на спине, правой рукой ребенка ощупывать левую половину тела, называя части тела; сначала лежа, потом стоя, подтягивать левый локоть к правой коленке, потом наоборот; хлопки по рукам психолога (психолог меняет положения рук)
4. Упражнения на проприоцепцию и схему тела. Зажимать ребенка, чтобы он выползал из неудобного положения. “Хватать” части тела и просить вытащить.
5. Упражнения на управление мышечным тонусом: сгибание и разгибание конечностей (от более крупной моторики к более мелкой) под счет до пяти.
6. Коррекция поверхностной чувствительности: пощипывать кожу ребенка, делать “крапивку”, водить по коже различными предметами, текстурами.

### **Уровень пространства (С)**

Определение пространственного поля состоит из двух составляющих: это объективное восприятие внешнего пространства при сотрудничестве всех органов чувств, опирающихся на весь прежний опыт; и это владение этим внешним окружающим пространством. Пространственное поле включает в себе несколько свойств: пространство простирается во все стороны от нашего тела, это поле, в котором человек “владеет” каждой точкой; пространство - несдвигаемо (например, кручение вокруг своей оси); внешнее пространство - однородное, одинаковое во всех частях.

Деятельность уровня С разворачивается в пространственном поле. Типичные движения уровня С - *целевые переместительные движения* (они все ведут откуда-то куда-то и зачем-то). Такие целевые движения имеют начало и конец, взаимодействуют с вещами в пространстве, преодолевая внешнюю силу, перенося тело с места на место. Такие движения приводят к какому-то конкретному результату. Движениям уровня С присуща точность и меткость.



Двигательные коррекции уровня С исходят из пространственного поля, следя только лишь за тем, как движения вписываются или не вписываются в это пространственное поле. На уровне С появляется выбор того, как достичь той или иной цели.

Уровень С обладает таким свойством, как переключаемость. Это способность попасть в заданную точку пространства разными способами (рукой, ногой, носом) или переместиться (ползком, на ногах - в зависимости от окружающей обстановки).

Уровень пространства также характеризуется гибкостью и маневренностью, а это свойство, при хорошем развитии, делает движения приспособительными и обладающими ловкостью.

Перечень движений уровня С:

1. Локомоции - передвижения всего тела в пространстве с одного места на другое
  - a. Циклические движения (ходьба, бег, ползание, плавание);
  - b. Нециклические движения (прыжки в высоту, с высоты и на дальность);
  - c. Локомоции с применением тех или иных вещей (лыжи, коньки)
  - d. Локомоции, перемещающие вещи
2. Движения всего тела в пространстве (спортивные, гимнастические, плясовые движения; выработка движений путем упражнения)
3. Точные, целенаправленные движения рук (и других органов) в пространстве;
4. Преодоление сопротивлений (силовые движения: подъем тяжести с земли, подтягивание своего тела на кольцах и т.д)
5. Баллистические движения (размашно-метательные движения), ударные движения;
6. Движения прицеливания, подражания и передразнивания.

## **Коррекция уровня пространства**

1. Быстрая ходьба, бег на беговой дорожке, ходьба на беговой дорожке лицом, спиной, боком.
2. Упражнения на освоение пространственных отношений и предлогов. Попросить ребенка встать на лавочку, залезть под стол, положить мяч на стул и т.д.
3. Игра “Зеркало”: показывать движение, просить ребенка повторять.
4. Просить ребенка нажать на кнопочку ручки (или дотянуться до мячика) разными частями тела: носом, ухом, животом, коленкой и т.д.
5. То же, что и в упр. 4, только на системе Гросса. Ребенка немного раскачать, просить выполнить упражнение.
6. Преодоление сопротивлений: тянуться до предмета, будучи в системе Гросса на полу, в разные стороны. (в этом упражнении нужно преодолеть сопротивление резинок).
7. Толкаться руками, ступнями.
8. Преодоление препятствий.

### **3.2. Контрольный эксперимент и его анализ**

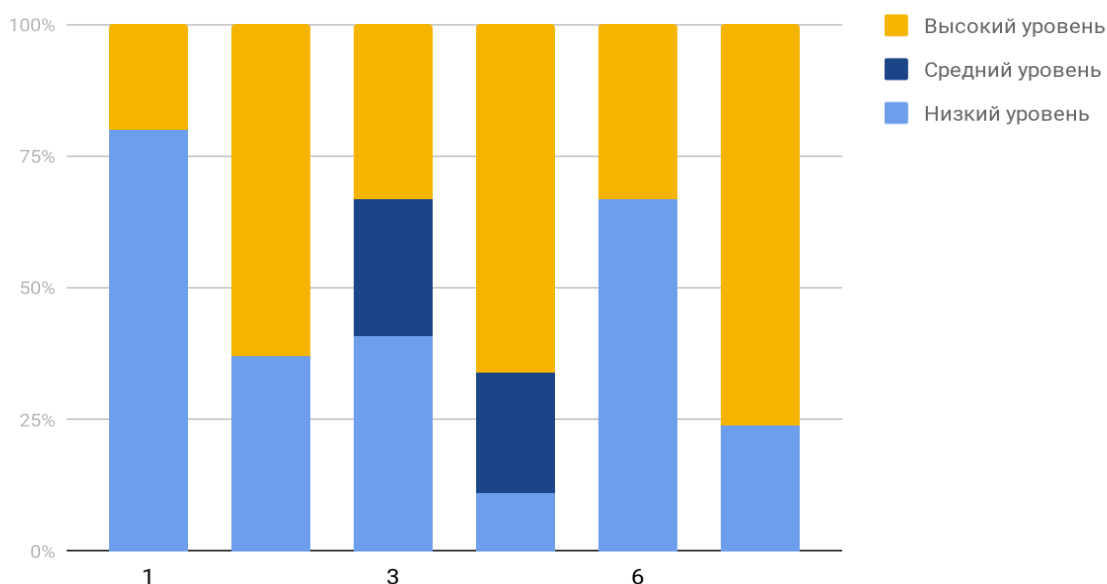
Нами были организованы коррекционно-развивающие занятия для детей старшего дошкольного возраста с СДВГ. Занятия проводились раз в неделю в течении трех месяцев.

После проведения коррекционно-развивающей работы мы провели повторную диагностику психомоторного развития и сравнили полученные данные, диагностика включала в себя методики, используемые нами на констатирующем этапе исследования.

Контрольные количественные показатели уровня развития общей моторики, полученные с помощью мотометрической шкалы Озерецкого-Гельнитца, представлены в таблице 5 Приложения В.

Мы изучали следующие показатели после проведения коррекционно-развивающей работы: статическая координация движений (задания 1, 3, 6); динамическая координация движений (задания 2, 4); одновременность движений (задания 5, 8) и отчетливость движений (задания 4, 7).

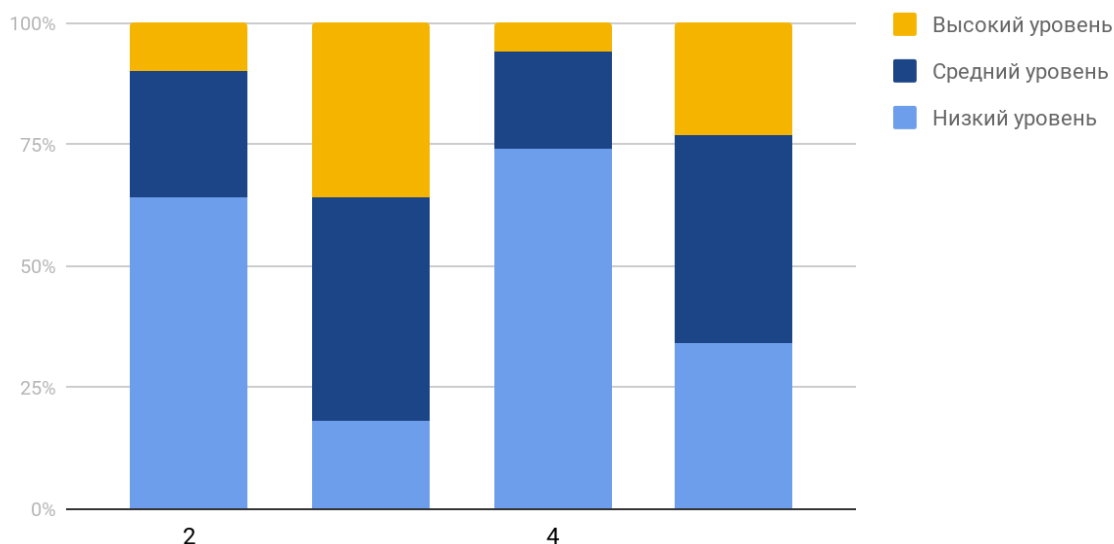
Сравнительные показатели исследования уровня развития статической координации движений у детей старшего дошкольного возраста с СДВГ по мотометрической шкале



**Рисунок 9 – Сравнительные результаты исследования уровня развития статической координации движений у детей старшего дошкольного возраста с СДВГ по мотометрической шкале Озерецкого-Гельнитца на констатирующем и контрольном этапе исследования, в %**

Из рисунка 9 видно, что после проведения коррекционно-развивающей работы у детей дошкольного возраста с СДВГ улучшилось качество выполнения заданий на статическую координацию. Выполнение каждого задания стало доступным большему количеству детей, чем до проведения коррекционно-развивающей работы.

### Сравнительные показатели исследования уровня развития динамической координации движений у детей старшего



**Рисунок 10 – Сравнительные результаты исследования уровня развития динамической координации движений у детей старшего дошкольного возраста с СДВГ по мотометрической шкале Озерецкого-Гельнитца на констатирующем и контрольном этапе исследования, в %**

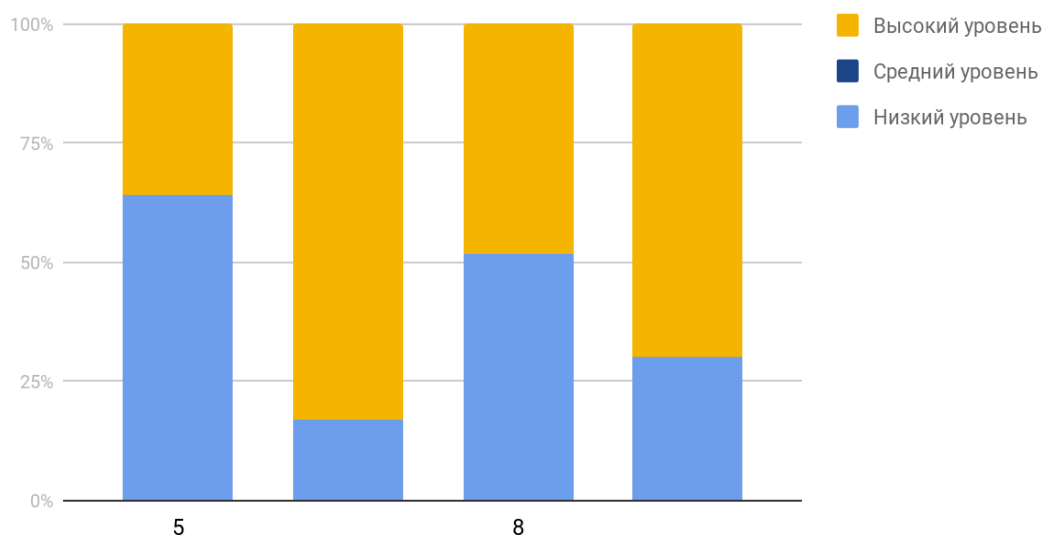
Данные рисунка 10 свидетельствуют о среднем уровне успешности выполнения заданий на динамическую координацию у детей дошкольного возраста с СДВГ после проведения коррекционно-развивающей работы.

Таким образом, сравнительное исследование показало, что у детей с СДВГ наблюдается улучшение сформированности статической и динамической координации движений после проведения коррекционно-развивающей работы.

На рисунке 11 представлены сравнительные результаты одновременности движений испытуемых до и после проведения коррекционной программы.

Из данной гистограммы видно, у детей дошкольного возраста с СДВГ показатели одновременности движений улучшились после проведения коррекционно-развивающей работы.

Сравнительные показатели исследования уровня развития  
одновременности движений у детей старшего дошкольного

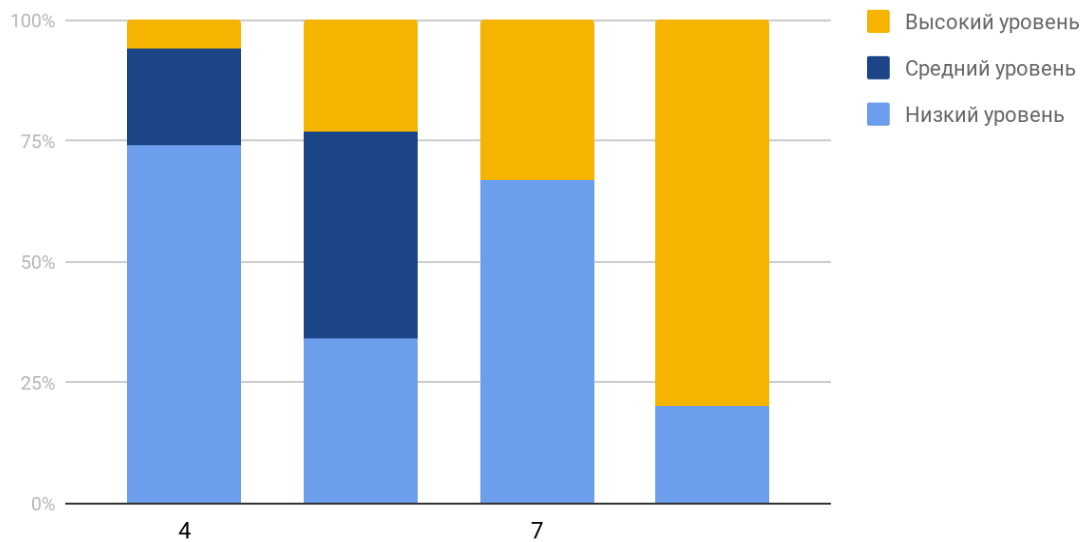


**Рисунок 11 – Сравнительные результаты изучения уровня развития  
одновременности движений у детей старшего дошкольного возраста с  
СДВГ по мотометрической шкале Озерецкого-Гельнитца на  
констатирующем и контрольном этапе исследования, в %**

У детей старшего дошкольного возраста улучшилось согласование движений верхних и нижних конечностей, это говорит о том, что у данной категории детей произошли качественные изменения в функциональной системе, отвечающей за организацию произвольных согласованных движений.

Данные сравнительной диагностики уровня отчетливости движений у детей старшего дошкольного возраста с СДВГ по мотометрической шкале Озерецкого-Гельнитца на констатирующем и контрольном этапе исследования показывают, что у детей дошкольного возраста с СДВГ значительно улучшилась отчетливость движений (рисунок 12).

Сравнительные показатели исследования отчетливости движений у детей старшего дошкольного возраста с СДВГ по



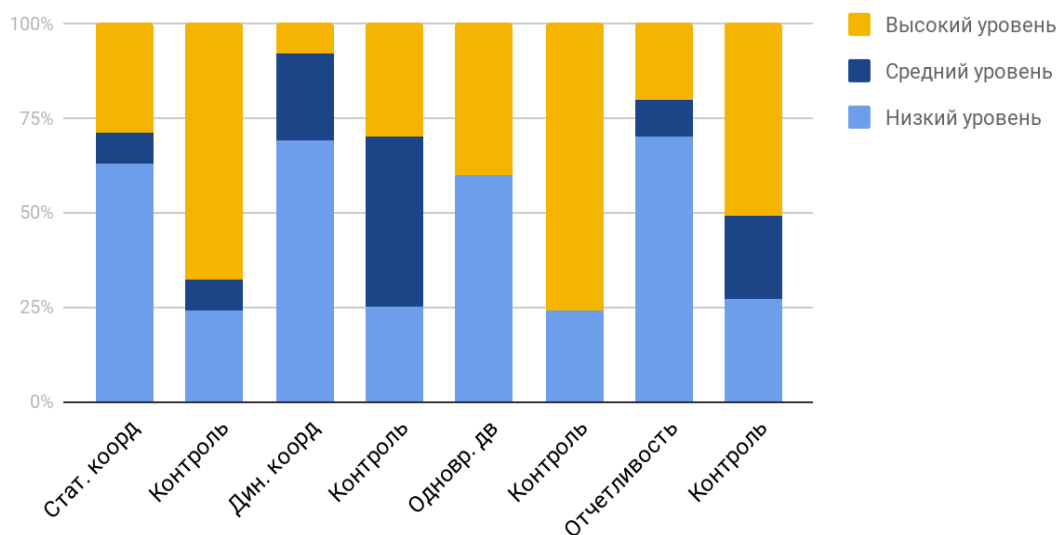
**Рисунок 12 – Сравнительные результаты исследования уровня отчетливости движений у детей старшего дошкольного возраста с СДВГ по мотометрической шкале Озерецкого-Гельнитца на констатирующем и контрольном этапе исследования, в %**

На рисунке 13 представлены сравнительные показатели уровня развития общей моторики у детей старшего дошкольного возраста с СДВГ по мотометрической шкале Озерецкого-Гельнитца до и после проведения коррекционно-развивающей работы.

Из рисунка 13 видно, что после проведения коррекционно-развивающих занятий по программе у детей старшего дошкольного возраста с СДВГ улучшились показатели исследуемых функций, а именно: статическая координация, динамическая координация, одновременность движений и отчетливость движений. В каждой исследуемой функции значительно изменилось распределение детей по уровням развития.

Из рисунка 13 видно, что до проведения коррекционно-развивающих занятий подавляющее большинство детей имели низкий уровень развития исследуемых функций, после проведения коррекционно-развивающих занятий показатели сместились на высокий и средний уровень развития.

Сравнительные показатели исследуемых функций у детей старшего дошкольного возраста с СДВГ

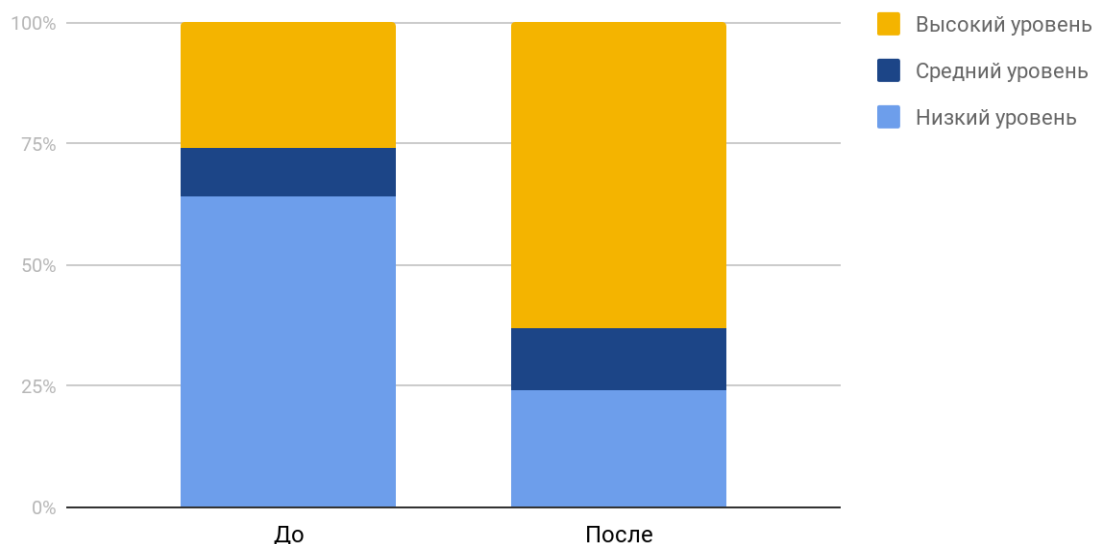


**Рисунок 13 – Сравнительные результаты изучения уровня развития моторных функций у детей старшего дошкольного возраста с СДВГ по мотометрической шкале Озерецкого-Гельнитца на констатирующем и контрольном этапе исследования, в %**

На рисунке 14 представлены сводные показатели уровня развития общей моторики по мотометрической шкале Озерецкого-Гельнитца на констатирующем и контрольном этапе исследования.

Сравнительная диагностика с помощью мотометрической шкалы Озерецкого-Гельнитца показала, что у детей старшего дошкольного возраста с СДВГ после проведения коррекционно-развивающих занятий значительно улучшились показатели уровня развития общей моторики. Низкий уровень развития снизился с 64% до 24%, средний уровень развития повысился с 10% до 13%, высокий уровень показало подавляющее большинство детей - до проведения коррекционно-развивающих занятий 26%, после проведения 63%.

Сравнительные показатели уровня развития общей моторики у детей старшего дошкольного возраста с СДВГ по



**Рисунок 14 – Сравнительные результаты исследования уровня развития общей моторики у детей старшего дошкольного возраста с СДВГ по мотометрической шкале Озерецкого-Гельнитца на констатирующем и контрольном этапе исследования, в %**

Таким образом, коррекционно-развивающие занятия по программе положительно влияют на развитие навыков общей моторики у детей старшего дошкольного возраста с СДВГ.

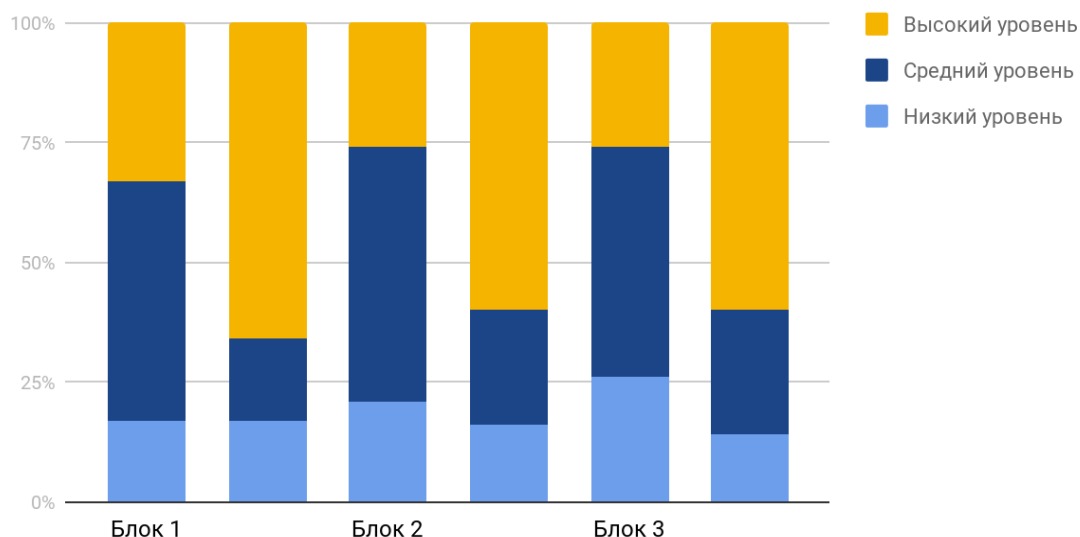
Результаты контрольной диагностики мелкой моторики детей дошкольного возраста с СДВГ представлены в таблице 5 Приложения В.

Рассмотрим сравнительные показатели диагностики мелкой моторики детей старшего дошкольного возраста с СДВГ.

Данные рисунка 15 свидетельствуют, что у детей старшего дошкольного возраста с СДВГ произошло значительное улучшение навыков мелкой моторики. До проведения коррекционно-развивающих занятий у исследуемой группы детей преобладал средний уровень развития навыков мелкой моторики.



### Сравнительные показатели диагностики мелкой моторики детей дошкольного возраста с СДВГ



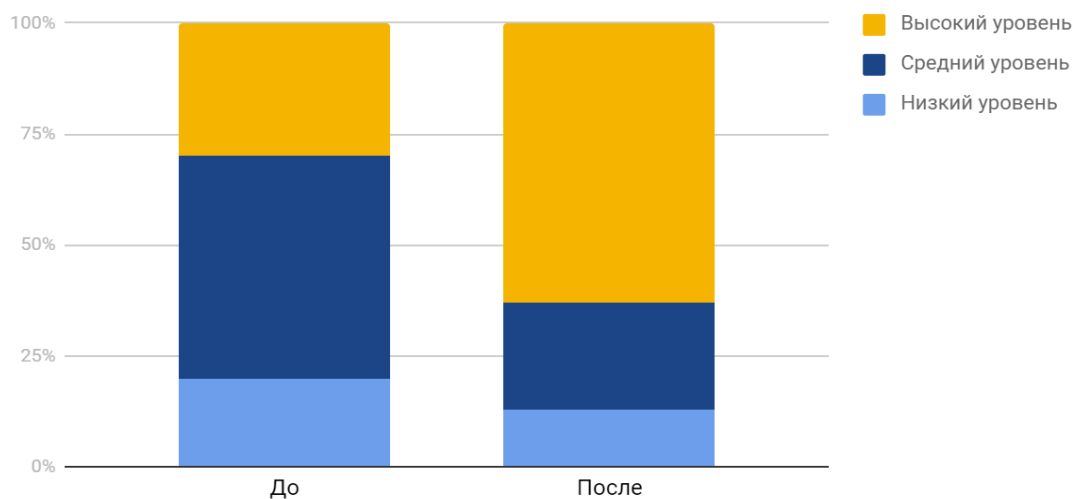
**Рисунок 15 – Сравнительные результаты диагностики мелкой моторики у детей старшего дошкольного возраста с СДВГ по методикам А.В. Волковой, Н.В. Нищевой на констатирующем и контрольном этапе исследования, в %**

После проведения коррекционно-развивающих занятий подавляющее большинство детей показали высокий уровень развития навыков мелкой моторики.

Данные рисунка 15 свидетельствуют о том, что у детей старшего дошкольного возраста улучшились навыки произвольной моторики пальцев рук, навыки работы с карандашом и манипуляций с предметами.

Из рисунка 16 видно, что у детей старшего дошкольного возраста с СДВГ после проведения коррекционно-развивающих занятий произошло значительное улучшение навыков мелкой моторики.

Сравнительные показатели уровня развития мелкой моторики детей дошкольного возраста с СДВГ по методикам А.В. Волковой и Н.В. Нищевой



**Рисунок 16 – Сравнительные результаты исследования уровня развития мелкой моторики у детей старшего дошкольного возраста с СДВГ по методикам А.В. Волковой, Н.В. Нищевой до и после проведения коррекционно-развивающих занятий, в %**

Исходя из полученных данных, можно констатировать, что количество детей старшего дошкольного возраста с СДВГ с низким уровнем развития навыков мелкой моторики снизилось с 20% до 13%, средним уровнем развития снизилось с 50% до 24%, количество детей с высоким уровнем развития навыков мелкой моторики повысилось с 30% до 63%.

## Выводы по третьей главе

1. На основании выявленных результатов по изучению психомоторного развития детей старшего дошкольного возраста с СДВГ, полученных нами в процессе реализации констатирующего этапа исследования, нами была разработана программа коррекции психомоторного развития у изучаемого контингента испытуемых.

2. Разработанная нами программа была ориентирована на повышение продуктивности протекания психических процессов и психомоторного развития детей с СДВГ. В структуру программы входила работа с детьми и родителями.

3. Реализация коррекционно-развивающей программы позволила повысить показатели развития навыков общей и мелкой моторики у изучаемого дошкольников:

- Сравнительная диагностика с помощью мотометрической шкалы Озерецкого-Гельнитца показала, что у детей старшего дошкольного возраста с СДВГ после проведения коррекционно-развивающих занятий значительно улучшились показатели уровня развития общей моторики. Низкий уровень развития снизился с 64% до 24%, средний уровень развития повысился с 10% до 13%, высокий уровень показало подавляющее большинство детей - до проведения коррекционно-развивающих занятий 26%, после проведения 63%.
- Сравнительная диагностика навыков мелкой моторики по методикам А.В. Волковой, Н.В. Нищевой у детей старшего дошкольного возраста после проведения коррекционно-развивающих занятий показала, что произошло значительное улучшение навыков мелкой моторики. Количество детей с низким уровнем развития навыков мелкой моторики снизилось с 20% до 13%, средним уровнем развития снизилось с 50% до 24%, количество детей с высоким уровнем развития навыков мелкой моторики повысилось с 30% до 63%.

- Сравнительная диагностика с помощью мотометрической шкалы Озерецкого-Гельнитца и уровня развития мелкой моторики детей дошкольного возраста с СДВГ по методикам А.В. Волковой, Н.В. Нищевой показала, что коррекционно-развивающая программа положительным образом влияет на навыки крупной и мелкой моторики у детей старшего дошкольного возраста с СДВГ.

Таким образом, можно утверждать, что программа доказала свою эффективность.

## Заключение

Проблема психомоторного развития детей старшего дошкольного возраста с СДВГ является одной из приоритетных задач, стоящих перед педагогами, работающими с детьми.

Теоретический анализ проблемы позволил рассмотреть понятие и особенности психомоторного развития детей дошкольного возраста с СДВГ в психолого-педагогической науке и особенности психомоторного развития детей дошкольного возраста с нарушениями речи, описанные в научных исследованиях.

В результате анализа литературных источников по проблеме исследования было установлено, что психомоторное развитие – целостное сложное образование, включающее особенности развития общей моторики, тонкой моторики рук, зрительно-моторной координации, восприятия, психических функций, речи.

В онтогенезе психомоторное развитие происходит под влиянием как биологических, так и социальных факторов, основными из которых являются общение ребенка со взрослыми, а затем и со сверстниками, включенное в контекст разных видов совместной деятельности, а также специально организованное обучение, которое обеспечивая усвоение все более сложного содержания общественного опыта, ускоряет процесс индивидуального психомоторного развития.

Детям с СДВГ присуще некоторое отставание в развитии общей и мелкой моторики, двигательная недостаточность, которая выражается в виде плохой координации сложных движений, неуверенности в воспроизведении точно дозированных движений, снижении скорости и ловкости их выполнения, общая моторная неловкость, плохая координация.

Основные двигательные умения и навыки у детей с СДВГ сформированы недостаточно, движения ритмично не организованы,

повышена двигательная истощаемость, снижена двигательная память и внимание.

Проведенный теоретический анализ литературы по проблеме побудил нас к проведению экспериментального исследования, целью которого явилось изучение уровня и специфических особенностей психомоторного развития детей дошкольного возраста с нарушениями речи.

В качестве основных показателей психомоторного развития детей дошкольного возраста были выделены следующие критерии:

- особенности общей моторики (координация движений (статическая и динамическая), одновременность движений, отчетливость движений);
- особенности мелкой моторики (произвольная моторика пальцев рук, навыки работы с карандашом, навыки манипуляции с предметами; точность движений; зрительно-моторная координация; графомоторные навыки).

Для обследования общей моторики была использована мотометрическая шкала Озерецкого-Гельнитца. Задания для обследования мелкой моторики были взяты из диагностических методик у Г.А. Волковой и Н.В. Нищевой.

Комплекс методик диагностики уровня развития общей и мелкой моторики позволил выявить следующие особенности психомоторного развития детей старшего дошкольного возраста с СДВГ:

- нарушения статической координации движений;
- нарушения динамической координации движений;
- сложности в управлении одновременными движениями;
- сниженная отчетливость и точность движений;
- неточность крупных движений;
- общая моторная неловкость;
- отсутствие гибкости и плавности;
- ярко выраженные нарушения координации;
- нарушение ациклических движений (метание в цель);

- соотносящие движения рук;
- кинестетическая основа движений руки;
- зрительно-моторная координация движений;
- точность движений рук.

На основе полученных данных нами была разработана коррекционно-развивающая программа по развитию психомоторной сферы детей дошкольного возраста с СДВГ. Разработанная программа раскрывает систему работы, обеспечивающую психомоторное развитие детей дошкольного возраста с СДВГ.

Представленная коррекционно-развивающая программа, по нашему мнению, обеспечит как повышение уровня психомоторного развития дошкольников с СДВГ, так и будет способствовать повышению эффективности формирования у них умений и навыков в других видах деятельности, прежде всего в учебной.

Таким образом, в результате проведенного исследования гипотеза подтверждена, цель достигнута, задачи решены.

## Список использованной литературы

1. Агрис А.Р., Егорова О.И., Матвеева Е.Ю., Романова А.А. Нейропсихологические и нейрофизиологические исследования вариантов синдрома дефицита внимания с гиперактивностью // Современная зарубежная психология. 2012. - №1. – С. 6-19.
2. Аксенова М.Н. Развитие тонких движений пальцев рук у детей с нарушениями речи.// Дошкольное воспитание, 1990, №8, С. 62-65.
3. Аркин Е.А. Дошкольный возраст.- М.: Учпедгиз, 1948. - 336 с.
4. Бадалян И.О. Синдромы дефицита внимания у детей // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им.В.М.Берехтева. 1993. - №3. – С.74-90.
5. Безруких М.М., Мачинская Р.И., Фарбер Д.А. Структурно-функциональная организация развивающегося мозга и формирование познавательной деятельности в онтогенезе ребенка // Физиология человека. – 2009. - №35(6). – С.10-24.
6. Белая А.Е. Пальчиковые игры для развития речи дошкольников – М.: Владос, 1999. - 48 с.
7. Бернштейн Н.А. О ловкости и ее развитии. - М.: Физкультура и спорт, 1991. - 287 с.
8. Бернштейн Н.А. О построении движения. - М.: Наука, 1947. - 225 с.
9. Бернштейн Н.А. Физиология движений и активности. - М.: Наука, 1990. - 494 с.
10. Бернштейн Л.А. Биомеханика и физиология движений: избранные психологические труды/ Под ред. В.П. Зинченко/. – М.: Воронеж: изд-во «Институт практической психологии», 1997.
11. Борисенко М.Г. Наши пальчики играют – СпБ.: «ПАРИТЕТ», 2002.- 45 с.



12.Буцыпкина Т.П., Вартапетова Т.М. Развитие общей и мелкой моторики как основа формирования графомоторных навыков у младших школьников. // Логопедия, 2005, №3, С. 84-94.

13.Вайзман Н.П. Психомоторика умственно отсталых детей. - М.: Аграф, 1997.- 128 с.

14.Венгер Л.А., Холмовская В.В. Диагностика умственного развития дошкольников. М.: Педагогика, 1978. - 248 с.

15.Воробьева Т.А. Мяч и речь: Игры с мячом для развития мелкой моторики и общей моторики – СПб.: КАРО,2003. - 276 с.

16.Воспитание и обучение детей во вспомогательной школе/ под редакцией В.В. Воронковой. - М., 2004.

17.Восприятие и действие /Под ред. А.В. Запорожца. - М.: Просвещение, 1967. - 323 с.

18.Выготский Л.С. Воображение и творчество в детском возрасте. — М.: Просвещение, 1967. - 91 с.

19.Выготский Л.С. Вопросы детской психологии. - СПб.: Союз, 1997. - 224 с.

20.Выготский Л.С. Мышление и речь – М.: «Лабиринт», 1999. - 234 с.

21.Гайдукевич С.Е. Организация образовательной среды для детей с особенностями психофизического развития в условиях интегрированного обучения: учебно-методическое пособие – Минск: БГПУ,2006. - 116 с.

22.Галкина В.Б., Хомутова Н.Ю. Использование физических упражнений по развитию мелкой моторики пальцев рук при коррекции нарушений речи у учащихся начальных классов. // Дефектология, 1999, №3, С. 37-41.

23.Гасанов Р.Ф. Современные представления об этиологии синдрома дефицита внимания // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им.В.М.Бехтерева. 2010. - №1. – С.4-9.

24.Грибанов А.В. Дефицит внимания с гиперактивностью у детей: результаты исследований на Севере России// Вестник Северного

(Арктического) Федерального Университета. Серия: «Естественные науки». 2012.- №1. - С.58-64.

25.Грибанов А.В. Очерки психофизиологии детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью. Архангельск: Поморский университет. 2009. 249 с.

26.Григоренко Е.Л. Генетические основы синдрома дефицита внимания с гиперактивностью// Вестник новых медицинских технологий. – 2013. – Т.20. - №3. – С.43-98.

27.Громова О.Н. Игры-забавы по развитию мелкой моторики у детей.50 упражнений – М.: Изд. «ГНОМ и Д», 2002. - 54 с.

28.Гуревич М.О., Озерецкий Н.И. Психомоторика. Ч. 1. - М.-Л.: Моспо- лиграф, 1930. — 160 с.

29.Гуровец Г.В. Реабилитация психомоторных нарушений на занятиях ЛФК // Дефектология 1999, №1.

30.Дворкин П.С. Физическое состояние детей 6-9 лет с тяжелыми нарушениями речи// Физическое воспитание: воспитание, образование, тренировка. - 2002. - № 2. С. 42-47.

31.Депутат И.С. Психофизиологическая характеристика интеллекта у детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью: дис. ... канд.биол.наук. Архангельск, 2007.

32.Детская практическая психология/ под ред. Т.Д.Марцинковской - М., 2000.

33.Дмитриев А.А. Физическая культура в специальном образовании - М.: Академия, 2002.

34.Доман Г. Гармоническое развитие ребенка: как развить умственные и физические способности ребенка. – М.: Аквариум, 1996.

35.Дошкольное воспитание аномальных детей. Книга для учителя и воспитателя// под ред. Л.П. Носковой – М., 1993.

36.Журба Л.Т., Мастюкова Е.М. Нарушение психомоторного развития детей первого года жизни. – М., 1981.

37. Заваденко Н.Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте. М.: Изд. центр «Академия». - 2005. 256 с.
38. Заваденко Н.Н. Синдром дефицита внимания и гиперактивности: новое в диагностике и лечении // Вестник Северного (Арктического) Федерального Университета. Серия: Медико-биологические науки. -2014.- №1. - С.31-39.
39. Заваденко Н.Н. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью: диагностика, патогенез, принципы лечения // Вопросы практической педиатрии. 2012. - Т.7. - №1. - С.54-62.
40. Запорожец А.В. Развитие произвольных движений. - М.: Изд-во АПН РСФСР, 1960. - 430 с.
41. Киселева В.А. Развитие тонкой моторики // Дошкольное воспитание -2006.- №1.- С.12-14.
42. Кистяковская М.Ю. Развитие движений у детей первого года жизни. - М.: Педагогика, 1970. - 224 с.
43. Кольцова М.М. Двигательная активность и развитие функций мозга ребенка. - М.: Педагогика, 1973. - 143 с.
44. Кольцова М.М. Ребенок учится говорить.- М.: Сов. Россия, 1975. – 192 с.
45. Корсанова И.Н. Клиническая нейропсихология. М.: Изд.центр «Академия», 2003. 141 с.
46. Кошелева А.Д. Диагностика и коррекция гиперактивного ребенка. М.: Изд.НИИ Семья , 1997. 119 с.
47. Кропотов Ю.Д. Современная диагностика и коррекция синдрома дефицита внимания. Спб.: Изд.ЭЛБИ-СПб, 2005. 148 с.
48. Кулагина И.Ю. Возрастная психология. - М.: Изд-во УРАО, 1998. - 176 с.
49. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. - М.: Политиздат, 1975. - 304 с.

50.Лопатина Л.В. Изучение и коррекция нарушений психомоторики у детей с минимальными дизартрическими расстройствами // Дефектология. - 2003. - №5. - С. 45-51.

51.Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. – 3-е изд. – М.: Академич. Проект, 2000.

52.Мастюкова Е.М. Лечебная педагогика. Ранний и дошкольный возраст: советы педагогам и родителям по подготовке к обучению детей с особыми проблемами в развитии. - М.: ВЛАДОС, 2007.

53.Мастюкова Е.М. Ребенок с отклонениями в развитии: Ранняя диагностика и коррекция. - М.: Просвещение, 1992. - 94 с.

54.Мастюкова Е.М. Физическое воспитание детей с церебральным параличом: Младенчество, ранний и дошкольный возраст. - М.: Просвещение, 1991.- 158 с.

55.Нефедова Ю.В. Система работы по развитию психомоторики дошкольников с интеллектуальной недостаточностью – дисс. на соиск. уч. степени к. пед. наук - СПб, 2005.

56.Ньюкинтъен Ч. Детская поведенческая неврология. М.: Изд-во «Теревинф», 2010. – Том 2. – С. 61-96.

57.Обухова Л.Ф. Детская психология: теория, факты, проблемы. – М., 2011.

58.Озерецкий Н.И. Метрическая скала для исследования моторной одаренности детей //Вопросы педологии и детской психологии /Под ред. М.О.Гуревича. Вып. 2. - М.: Кооперативное изд-во «Жизнь и знание», 1925. — С. 334-346.

59.Озеров В. П. Диагностика психомоторных способностей. – Ставрополь, 1995.

60.Основы специальной психологии/ под ред. Л.В.Кузнецовой – М., 2005.

61.Павлов И.П. Полное собрание сочинений. М. - Л., Изд-во АН СССР, 1951. Т. 4. 452 с.

62. Практикум по возрастной и педагогической психологии/ под ред. И.В.Дубровиной. – М., 2000.
63. Психологический словарь / под ред. А.В.Петровского, М.Г.Ярошевского. – М., 1999.
64. Психология детей дошкольного возраста /Под ред. А.В. Запорожца и Д.Б. Эльконина. - М.: Просвещение, 1964. - 352 с.
65. Пятница Т.В. Развивающая среда дошкольного учреждения: пособие для педагогов учреждений, обеспечивающих получение дошкольного образования - Мозырь: ОООИД «Белый ветер», 2008. - 291с.
66. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. – СПб., 2000.
67. Рунова М.А. Двигательная активность ребенка в детском саду. - М.: Мозайка - Синтез, 2002.
68. Сеченов И.М. Психология поведения /Под ред. М.Г. Ярошевского. — М.: Изд-во «Институт практической психологии», Воронеж: НПО МОДЭК, 1995. – 320 с.
69. Специальная дошкольная педагогика/ под ред. Е.А. Стребелевой. – М., 2000.
70. Специальная педагогика/ под ред. Н.М. Назаровой – М., 2001.
71. Специальная психология/ под ред. В.И. Лубовского – М., 2005.
72. Сухарева Г.Е. Телосложение, моторика и характер умственно отсталых девочек //Вопросы педологии и детской психоневрологии / Под ред. М.О. Гуревича. Вып. 3. - М.: Изд. Наркомздрава РСФСР, 1928. - С. 134 - 144.
73. Усанова О.Н. Дети с проблемами психического развития. - М.: НПЦ Коррекция, 1995. - 208 с.
74. Филичева Т.Б. Особенности формирования речи у детей дошкольного возраста.- М., 1999.
75. Фомин Н.А., Вавилов Ю.Н. Физиологические основы двигательной активности. - М.: 1991.

76. Фомина Л.В. Роль движений пальцев рук в моторной речи ребенка. – М.: Педагогика, 1974.
77. Шебеки В.Н. И др. Физиологическое воспитание дошкольников. - М.: Академия, 1996.
78. Шипицына Л.М., Хелько А.А., Галлямова Ю.С., Демьянчук Р.В., Яковлева Н.Н. Комплексное сопровождение детей дошкольного возраста / Под. ред. проф. Шипицыной Л.М. - СПб.: «Речь», 2003.
79. Шишкина В.А. Движение + движение. - М.: Просвещение, 2012.
80. Юрко Г.П., Спирина В.П., Сорочек Р.Г. и др. Физическое воспитание детей раннего и дошкольного возраста. - М.: Медицина, 1997.
81. Archer T., Oscar-Berman M., Blum K. Epigenetics in developmental disorder: ADHD and endophenotypes // Journal Genet Syndr Gene Ther. 2011. – Vol. 2 . - №1. P. 100-104.
82. Biederman J, Faraone S.V. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder // *Lancet*. -2005.-Vol. 366. - № 9481. - P. 237-248.
83. Curatolo P., The neurobiological basis of ADHD // *Ital. J. Pediatr*. 2010. – Vol.36. – P. 79.
84. Klockars M. The many faces of attention deficit/ hyperactivity disorder. – Helsinki: Acta Gyllenbergiana II. – 2001. – P.V-VI.
85. Krain A.L., Castellanos F.X. Brain development and ADHD // *Clin. Psychol.Rev.* – 2006. – Vol.26. - №4. – P. 433-444.

## Приложения

### Приложение А

**Таблица 3 - Количественные показатели диагностики развития общей моторики у детей старшего дошкольного возраста с СДВГ, полученные с помощью мотометрической шкалы Озерецкого-Гельнитца**

<b>Уровень развития</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>Ср.зн</b>	<b>в %</b>
Высокий	6	3	10	2	11	10	10	13	8	26
Средний	0	8	8	6	0	0	0	0	3	10
Низкий	24	19	12	22	19	20	20	17	19	64

**Таблица 4 - Количественные показатели диагностики развития мелкой моторики детей старшего дошкольного возраста с СДВГ по методикам А.В. Волковой, Н.В. Нищевой**

<b>Уровень развития</b>	<b>Блок 1</b>	<b>Блок 2</b>	<b>Блок 3</b>	<b>Ср.знач</b>
Высокий	10	8	8	9
Средний	15	16	14	15
Низкий	5	6	8	6
<b>Уровень развития мелкой моторики, в %</b>				
Высокий, в %	33	26	26	30
Средний, в %	50	53	48	50
Низкий, в %	17	21	26	20



**Таблица 5 - Контрольные количественные показатели диагностики развития общей моторики у детей старшего дошкольного возраста с СДВГ, полученные с помощью мотометрической шкалы Озерецкого-Гельнитца**

<b>Уровень развития</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>Ср.зн</b>	<b>в %</b>
Высокий	19	11	20	7	25	23	24	21	19	63
Средний	0	14	7	13	0	0	0	0	4	13
Низкий	11	5	3	10	5	7	6	9	7	24

**Таблица 6 - Количественные показатели диагностики развития мелкой моторики детей старшего дошкольного возраста с СДВГ по методикам А.В. Волковой, Н.В. Нищевой**

<b>Уровень развития</b>	<b>Блок 1</b>	<b>Блок 2</b>	<b>Блок 3</b>	<b>Ср.знач</b>
Высокий	20	18	18	19
Средний	5	7	8	7
Низкий	5	5	4	4
<b>Уровень развития мелкой моторики, в %</b>				
Высокий, в %	66	60	60	63
Средний, в %	17	24	26	24
Низкий, в %	17	16	14	13