

МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
профессионального образования
«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ им. В.П. АСТАФЬЕВА»
(КГПУ им. В.П. Астафьева)

Факультет Начальных классов
Выпускающая кафедра Педагогики и психологии начального образования

Дё Лилия Сунсиговна

МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ

Тема: Коррекция влияния семейных взаимоотношений с ребенком с синдромом дефицита внимания и гиперактивности старшего дошкольного возраста посредством группового консультирования

Направление: 44.04.02. «Психолого-педагогическое образование»

Магистерская программа: «Мастерство психологического консультирования»

ДОПУСКАЮ К ЗАЩИТЕ:
Заведующая кафедрой
к.п.с.н., доцент Мосина Н.А.
(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)

(дата, подпись)

Руководитель магистерской программы
к.п.с.н., доцент Сафонова М.В.
(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)

(дата, подпись)

Научный руководитель
к.п.с.н., доцент Мосина Н.А.
(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)

(дата, подпись)

Обучающийся: Дё Л.С.
(фамилия, инициалы)

(дата, подпись)

Красноярск, 2021

СОДЕРЖАНИЕ

РЕФЕРАТ.....	3
ВВЕДЕНИЕ.....	10
ГЛАВА I Теоретические аспекты изучения проблемы синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста в психологической литературе.....	14
1.1. Историческое развитие феномена СДВГ	14
1.2. Нейропсихологические особенности детей старшего дошкольного возраста с СДВГ.....	20
1.3. Влияние семейных взаимоотношений на эмоциональное состояние ребенка с СДВГ старшего дошкольного возраста	30
1.4 Специфика группового консультирования детей старшего дошкольного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивности.....	46
Выводы по главе I	68
ГЛАВА II Организация опытно-экспериментальной работы, направленной на коррекцию проявлений синдрома дефицита внимания и гиперактивности у старших дошкольников в процессе группового консультирования.....	70
2.1 Методики, процедуры исследования проявлений гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста.....	70
2.2 Организация и проведение формирующего эксперимента.....	83
2.3 Результаты формирующего эксперимента и их обсуждение.....	95
Выводы по Главе II	105
Заключение.....	107
Список используемых источников.....	110
Приложение А.....	119
Приложение Б.....	141
Приложение В.....	143
Приложение Д.....	151
Приложение Е.....	164
Приложение Ж.....	166
Приложение З.....	171

Реферат

Диссертация на соискание степени магистра по направлению подготовки 44.04.02 Психолого-педагогическое образование, направленность «Мастерство психологического консультирования» и теме «Коррекция влияния семейных взаимоотношений с ребенком с синдромом дефицита внимания и гиперактивности старшего дошкольного возраста посредством группового консультирования».

Объем – 172 страницы, включая 10 рисунков, 2 таблицы, 8 приложений.

Количество использованных источников - 87

Цель исследования: на основе теоретического анализа изучить синдром дефицита внимания и гиперактивности, его проявление, проанализировать влияние стилей воспитания родителей на проявление симптомов СДВГ, научно обосновать, разработать и апробировать программу групповых психологических консультаций, направленных на снижение проявлений синдрома дефицита внимания и гиперактивности.

Объект исследования: дети старшего дошкольного возраста с синдрома дефицита внимания и гиперактивности и их родители.

Предмет исследования: программа групповых консультативных встреч с родителями и детьми с синдромом дефицита внимания и гиперактивности как средство снижения проявления синдрома.

Гипотеза исследования программа групповых консультативных встреч будет результативна в целях снижения проявления синдрома дефицита внимания у детей старшего дошкольного возраста, если:

- 1) будет создана комплексная программа психологической работы с детьми старшего дошкольного возраста имеющих синдром дефицита внимания и гиперактивности;
- 2) будут проведены групповые консультации, направленные на работу как с детьми, так и с их родителями;
- 3) будут использованы техники группового психологического

консультирования, способствующие развитию у детей внимания, контроля двигательной активности, саморегуляции, самоконтроля;

4) будут использованы техники группового психологического консультирования, способствующие развитию у родителей гармоничного стиля воспитания.

Теоретико-методологические основания исследования:

1) идеи западных исследователей в области синдрома дефицита внимания и гиперактивности: R.A. Barkley, F. Levy, Sh. Milberger, S. Sprich- Bucrminster, B.A. Cooper, D.M. Ross, S.A. Ross, J.V. Hunt и др.

2) идеи отечественных исследователей в области синдрома дефицита внимания и гиперактивности: И.П. Брызгунов, В.И. Габдркипова, Л.Т. Журба, Е.В. Касатикова, Е.К. Лютова-Робертс, А.В. Миролубов, Г.Б. Моница, К. Скродцки, Л.С. Чутко, Э.Г. Эйдемиллер, С.В. Ярыгина и др.

Методы исследования:

1) Теоретические – сбор и анализ психологической литературы по теме исследования.

2) Эмпирические – наблюдение, беседа с родителями и воспитателями, опрос, анкетирование, формирующий эксперимент (групповое консультирование);

3) Статистические – качественный и количественный анализ результатов исследования.

База исследования: выборку исследования составили дети старшего дошкольного возраста, в количестве 25 человек, в возрасте от 5 до 7 лет.

Апробация результатов исследования:

По теме исследования имеются две публикации:

1. Историческое развитие феномена синдрома дефицита внимания и гиперактивности // Студенческий вестник: электрон. научн. журн. 2021. № 17(162).

2. «Влияние стиля воспитания в семье на характер проявления СДВГ у детей старшего дошкольного возраста // Студенческий вестник: электрон. научн.

журн. 2021. №23(168).

Теоретическая значимость:

Теоретическая значимость работы заключается в обобщении и систематизации научных трудов по направлениям:

1. Определение и описание теоретических аспектов в специфике синдрома дефицита внимания с гиперактивностью.
2. Изучение и анализ особенностей проявления симптомов синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста.
3. Изучение влияния семейных взаимоотношений на эмоциональное состояние ребенка.
3. Анализ исследований в области группового консультирования.

Практическая значимость:

Практическая значимость проведенного исследования заключается в том, что полученный теоретический и практический материал (разработанная комплексная программа по снижению синдрома дефицита внимания и гиперактивности) может быть использован в работе штатных психологов детских учреждений, психологов консультативных центров, воспитателей ДОУ.

Структура диссертации: описание представляемого исследования включает введение, две главы, заключение, список источников литературы и приложения.

Во Введении обсуждается актуальность работы, цели и задачи исследования, научная новизна, научная и практическая значимость диссертации, формулируются положения, выносимые на защиту, а также приводится список работ, в которых опубликованы результаты данного исследования. Кратко представлено содержание диссертации.

В Главе 1 описаны теоретические основы синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ). Рассмотрена история развития СДВГ, нейропсихологические особенности детей с СДВГ старшего дошкольного возраста, влияние семейных взаимоотношений на эмоциональное состояние ребенка с СДВГ, специфика группового консультирования детей старшего

дошкольного возраста с СДВГ. Выводы.

В Главе 2 представлено экспериментальное исследование по применению группового психологического консультирования как средства снижения симптомов СДВГ у детей старшего дошкольного возраста. Методическая организация исследования и обсуждение результатов констатирующего эксперимента. Организация и проведение формирующего эксперимента. Результаты формирующего эксперимента и их обсуждение. Выводы.

В заключении сформулированы основные результаты диссертации.

В приложениях собраны таблицы, содержащие данные по результатам исследования, а также результаты математической обработки данных и конспекты консультаций.

Таким образом, в ходе теоретической и опытно-экспериментальной работы положения гипотезы получили подтверждение, задачи исследования решены, цель достигнута

Abstract

Thesis for a master's degree in the field of preparation 44.04.02 Psychological and pedagogical education, focus "Mastery of psychological counseling" and the topic "Correction of the influence of family relationships with a child with attention deficit hyperactivity disorder of older preschool age through group counseling."

Volume – 172 pages, including 10 figures, 2 tables, 8 appendices.

The number of sources used - 87.

The purpose of the scientific research: on the basis of theoretical analysis, to study attention deficit hyperactivity disorder, analyze the influence of parenting styles on the manifestation of ADHD symptoms, scientifically substantiate, develop and test a program of group psychological counseling aimed at reducing attention deficit hyperactivity disorder.

Object of research: the process of reducing attention deficit and hypertension.

Subject of research: group psychological counseling as an effective way to

reduce attention deficit hyperactivity disorder.

The hypothesis of research is that group psychological counseling will be effective in reducing attention deficit disorder in older preschool children if:

1) a comprehensive program of psychological work with older preschool children with attention deficit hyperactivity disorder will be created;

2) group consultations will be held aimed at working with both children and their parents;

3) techniques of group psychological counseling will be used to promote the development of attention in children, control of motor activity, self-regulation, and self-control;

4) techniques of group psychological counseling will be used to promote the development of a harmonious parenting style in parents.

Theoretical and methodological foundations of the study:

1) ideas of Western researchers in the field of attention deficit hyperactivity disorder: R.A. Barkley, F. Levy, Sh. Milberger, S. Sprich-Bucrminster, B. A. Cooper, D.M. Ross, S.A. Ross, J.V. Hunt, etc.

2) ideas of domestic researchers in the field of attention deficit hyperactivity disorder: I.P. Bryazgunov, V.I. Gabdrkipova, L.T. Zhurba, E.V. Kasatikova, E.K. Lyutova-Roberts, A.B. Miroljubov, G.B. Monina, K. Skrodtsky, L.S. Chutko, E.G. Eidemiller, S.V. Yarygin and others.

Research methods:

1) Theoretical - collection and analysis of psychological literature on the research topic.

2) Empirical - observation, conversation with parents and educators, survey, questionnaire, formative experiment (group counseling);

3) Statistical - qualitative and quantitative analysis of research results.

Base of the research: the study sample consisted of children of senior preschool age, in the amount of 25 people, aged 5 to 7 years.

Testing of the research results took place in the format of group consultations for 4 weeks on the basis of the Lesenka children's center. In total, 10 meetings were

held: 3 meetings with parents, 6 meetings with children, one joint meeting.

Theoretical significance:

The theoretical significance of the study lies in the fact that the results obtained in the course of the study will become the basis for a more structural and in-depth study of the possibilities of group psychological counseling methods applied to work with older preschool children.

Practical significance:

The practical significance of the study is that the theoretical and practical material obtained (the developed comprehensive program to reduce attention deficit hyperactivity disorder) can be used in the work of full-time psychologists of children's institutions, psychologists of counseling centers, preschool educators.

The structure of the thesis: the description of the presented research includes an introduction, two chapters, a conclusion, a list of literature sources and applications.

The Introduction discusses the relevance of the work, the goals and objectives of the research, scientific novelty, scientific and practical significance of the dissertation, formulates the provisions for defense, and also provides a list of works in which the results of this research are published. The content of the thesis is briefly presented.

Chapter 1 describes the theoretical foundations of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). The history of the development of ADHD, the neuropsychological characteristics of children with ADHD of older preschool age, the influence of family relationships on the emotional state of a child with ADHD, the specifics of group counseling of older preschool children with ADHD are considered. Conclusions.

Chapter 2 presents a pilot study on the use of group counseling as a means of reducing ADHD symptoms in older preschool children. Methodical organization of the research and discussion of the results of the ascertaining experiment. Organization and implementation of a formative experiment.

Results of the formative experiment and their discussion.

Conclusions.

Введение

Неугомонные, невнимательные, непослушные, импульсивные, чрезмерно активные дети, которые не сидят на месте, являются проблемой не только в семье и в детских учреждениях. В первую очередь они испытывают трудности сами. Зачастую ни родители, ни воспитатели не знают, что с ними делать и, пытаясь уговорить этих «непосед», используют не всегда подходящие стили воспитания. Наказать, ужесточить правила, посадить, чтобы успокоился, не всегда понимания причину такого поведения ребенка. Что в свою очередь провоцирует еще большее ухудшение ситуации со стороны «непоседы». Он проявляет агрессию, злость, недовольство в первую очередь собой, а не воспитателем, так как не может соответствовать ожиданиям взрослых и у него формируется привычка к негативным эмоциям. Он привыкает к тому, что он постоянно попадает в конфликтные ситуации со сверстниками, им недовольны взрослые, вследствие чего для таких детей более привычными оказываются негативные эмоции (Романов А.М).

Основная масса работ по изучению СДВГ касается детей школьного возраста, когда на первый план выступает проблема школьной дезадаптации и неуспеваемости. [17,36,].

Таким образом, ранние диагностика и коррекция должны быть ориентированы на дошкольный возраст (5-7 лет), когда компенсаторные возможности мозга велики, а это позволяет предотвратить формирование стойких патологических проявлений [64].

Многофакторность этиологии СДВГ побуждает искать не отдельные факторы, оказывающие влияние на течение синдрома, а изучать их сочетание и взаимодействие. В частности, важным и малоизученным фактором является влияние стиля воспитания родителей на эмоциональное состояние ребенка с СДВГ.

В Красноярске программы по проблеме развития детей с СДВГ в дошкольном возрасте до сих пор не разрабатывались.

Таким образом, проблема исследования СДВГ в дошкольном возрасте, построения коррекционной программы относится к числу актуальных, теоретически и практически значимых, но недостаточно освещенных в теории и практике психологии.

Цель исследования: на основе теоретического анализа изучить синдром дефицита внимания и гиперактивности, его проявление, проанализировать влияние стилей воспитания родителей на проявление симптомов СДВГ, научно обосновать, разработать и апробировать программу групповых психологических консультаций, направленных на снижение проявлений синдрома дефицита внимания и гиперактивности.

Объект исследования: дети старшего дошкольного возраста с синдрома дефицита внимания и гиперактивности и их родители.

Предмет исследования: программа групповых консультативных встреч с родителями и детьми с синдромом дефицита внимания и гиперактивности как средство снижения проявления синдрома.

Гипотеза исследования программа групповых консультативных встреч будет результативна в целях снижения проявления синдрома дефицита внимания у детей старшего дошкольного возраста, если:

1) будет создана комплексная программа психологической работы с детьми старшего дошкольного возраста имеющих синдром дефицита внимания и гиперактивности;

2) будут проведены групповые консультации, направленные на работу как с детьми, так и с их родителями;

3) будут использованы техники группового психологического консультирования, способствующие развитию у детей внимания, контроля двигательной активности, саморегуляции, самоконтроля;

4) будут использованы техники группового психологического консультирования, способствующие развитию у родителей гармоничного стиля воспитания.

Исходя из вышесказанного, можно сформировать ряд задач,

направленных на достижение цели исследования:

Задачи:

1) Рассмотреть различные научные подходы к пониманию синдрома дефицита внимания и гиперактивности.

2) Рассмотреть различные научные подходы, описывающие влияния стиля родительского воспитания на эмоциональное состояние ребенка.

3) Изучить возможные варианты консультативной работы и адаптировать их к целевой группе исследования.

4) Составить диагностический комплекс для изучения СДВГ у детей старшего дошкольного возраста.

5) Изучить и описать особенности проявления синдрома дефицита внимания у детей старшего дошкольного возраста.

6) Изучить и описать влияние стилей семейного воспитания на проявление симптомов СДВГ у детей старшего дошкольного возраста.

7) Спланировать и реализовать программу групповых психологических консультаций детей старшего дошкольного возраста для снижения СДВГ

8) Спланировать и реализовать программу групповых психологических консультаций родителей для развития гармоничного стиля воспитания.

9) Исследовать динамику в проявлении СДВГ после опытно-экспериментальной работы.

10) Обобщить результаты исследования.

Методы исследования:

1) Теоретические - сбор и анализ психологической литературы по теме исследования.

2) Эмпирические - наблюдение, беседа с родителями и воспитателями, опрос, анкетирование, формирующий эксперимент (групповое консультирование);

3) Статистические - качественный и количественный анализ результатов исследования.

База исследования: выборку исследования составили дети старшего

дошкольного возраста, в количестве 25 человек, в возрасте от 5 до 7 лет.

Апробация результатов исследования:

По теме исследования имеются две публикации:

1. Историческое развитие феномена синдрома дефицита внимания и гиперактивности // Студенческий вестник: электрон. научн. журн. 2021. № 17(162).
2. «Влияние стиля воспитания в семье на характер проявления СДВГ у детей старшего дошкольного возраста // Студенческий вестник: электрон. научн. журн. 2021. №23(168).

Теоретико-методологические основания исследования:

1) идеи западных исследователей в области синдрома дефицита внимания и гиперактивности: R.A. Barkley, F. Levy, Sh. Milberger, S. Sprich- Bucrminster, V.A. Cooper, D.M. Ross, S.A. Ross, J.V. Hunt и др.

2) идеи отечественных исследователей в области синдрома дефицита внимания и гиперактивности: И.П. Брызгунов, В.И. Габдркипова, Л.Т. Журба, Е.В. Касатикова, Е.К. Лютова-Робертс, А.В. Миролубов, Г.Б. Моница, К. Скродцки, Л.С. Чутко, Э.Г. Эйдемиллер, С.В. Ярыгина и др.

Научная новизна исследования:

Элемент новизны состоит в обосновании возможностей применения в групповом психологическом консультировании детей старшего дошкольного возраста, техник и упражнений, которые могут комбинироваться и быть адаптированы под любую группу с различной степенью проявления СДВГ, а также в зависимости от цели - устранение данного синдрома, либо его профилактика.

Теоретическая значимость:

Теоретическая значимость работы заключается в обобщении и систематизации научных трудов по направлениям:

1. Определение и описание теоретических аспектов в специфике синдрома дефицита внимания с гиперактивностью.
2. Изучение и анализ особенностей проявления симптомов синдрома дефицита

внимания и гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста.

3. Изучение влияния семейных взаимоотношений на эмоциональное состояние ребенка.

3. Анализ исследований в области группового консультирования.

Практическая значимость:

Практическая значимость проведенного исследования заключается в том, что полученный теоретический и практический материал (разработанная комплексная программа по снижению синдрома дефицита внимания и гиперактивности) может быть использован в работе штатных психологов детских учреждений, психологов консультативных центров, воспитателей ДОУ.

Структура диссертации: описание представляемого исследования включает введение, две главы, заключение, список источников литературы и приложения.

Во Введении обсуждается актуальность работы, цели и задачи исследования, научная новизна, научная и практическая значимость диссертации, формулируются положения, выносимые на защиту, а также приводится список работ, в которых опубликованы результаты данного исследования. Кратко представлено содержание диссертации.

В Главе 1 описаны теоретические основы синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ). Рассмотрена история развития СДВГ, нейропсихологические особенности детей с СДВГ старшего дошкольного возраста, влияние семейных взаимоотношений на эмоциональное состояние ребенка с СДВГ, специфика группового консультирования детей старшего дошкольного возраста с СДВГ. Выводы.

В Главе 2 представлено экспериментальное исследование по применению группового психологического консультирования как средства снижения симптомов СДВГ у детей старшего дошкольного возраста. Методическая организация исследования и обсуждение результатов констатирующего эксперимента. Организация и проведение формирующего эксперимента. Результаты формирующего эксперимента и их обсуждение. Выводы.

В заключении сформулированы основные результаты диссертации.

В приложениях собраны таблицы, содержащие данные по результатам исследования, а также результаты математической обработки данных и конспекты консультаций.

Глава 1 Теоретические аспекты изучения проблемы синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста в психологической литературе

1.1 Историческое развитие феномена СДВГ

Синдром дефицита внимания и гиперактивности в настоящее время является актуальной проблемой. Особенно часто с СДВГ сталкиваются детские образовательные учреждения, так как этот термин часто относят к непоседливым, непослушным детям. Явление СДВГ не является новым. Заметки врачей и исследователей, которые в той или иной форме описывали симптомы данного явления, показывают, что гиперактивность, импульсивность и дефицит внимания интересуют специалистов уже более столетия. Эволюция понятия начинается с 17 века, где СДВГ считалось больше поведенческим расстройством и продолжается до настоящего времени, где данное явление считается уже многофакторным.

Первый этап формирования понятия можно отнести к XVII веку. Английский педагог и философ Джон Локк в 1693 году в своем трактате «Мысли о воспитании» описал группу студентов, которые «стараятся, как могут, но не в силах сосредоточить разум, витающий в облаках». [14]

Позже, в XVIII веке шотландский врач Александр Крейтон, также, как и Джон Локк описывал поведение учеников, которые находились в возбужденном состоянии и не могли сконцентрировать свое внимание на уроках. Крейтон в своих работах исследовал свойства внимания и причины его расстройств. Он проводил исследование на группе детей, у которых наблюдался дефицит внимания. Крейтон назвал такое расстройство «психической тревогой». Он охарактеризовал данные симптомы как болезненную «чувствительность» нервов, которая вызвана врожденным расстройством или определенным заболеванием. По его наблюдениям те, кто родился с дефицитом внимания, испытывали трудности в учебе, что требовало определенного педагогического подхода к такому ученику. Также Крейтон

пришел к выводу, что расстройство внимания может с возрастом уменьшаться.[22]

Описанные Крейтоном симптомы очень похожи на симптомы СДВГ. Гипотезы ученого относительно врожденного дефицита внимания были подтверждены современными нейробиологическими исследованиями, которые показали специфику созревания некоторых структур головного мозга людей с расстройством (кора лобной доли, подкорковые ядра, мозжечок, хвостатое ядро и мозолистое тело). Также, как и современные исследователи, Крейтон обращал внимание не на гиперактивность (неспособность усидеть на уроке и перманентная потребность в движении), а прежде всего на расстройство внимания и неспособность сосредотачиваться.

Далее, в 1845 году немецким врачом Генрихом Гофманом в поэтической форме был описан чрезвычайно подвижный ребенок, которому он дал прозвище «непоседа Филипп».[18]

Однако, предметом более детального изучения данное заболевание стало в начале XX века. В 1902 году английский врач Джордж Фредерик Стилл опубликовал в журнале Lancet статью, в которой связывал гиперактивность не с плохим воспитанием, как многие считали в те времена, а с биологической основой. Он был первым, кто наиболее точно дал описание данному расстройству: проблемы с вниманием, гиперактивность, чрезмерная эмоциональность, склонность к гневу, склонность к жестокости, ревность, несоблюдение правил, нечестность, вредность, бесстыдство, нескромность. Основой этих симптомов является необходимость самоудовлетворения и немедленного удовлетворения импульсов независимо от последствий. Симптоматика проявлялась у детей до 8 лет, их частота была в три раза меньше у девочек, чем у мальчиков. Доктор Стилл трактовал такое состояние как хроническое, биологическое (врожденное) и не связанное с плохим воспитанием или вредной окружающей средой, что соответствует современному представлению об СДВГ.[18] В то время это явление получило название «дефект морального контроля».

В дальнейшем гипотеза о биологической природе расстройств, свойственных для СДВГ, была подтверждена после эпидемии менингита в 1917-1918 гг. У большого количества переболевших этой тяжелой болезнью детей были зафиксированы симптомы классического поведения СДВГ. На данном этапе синдром получил название «постэнцефалитное расстройство поведения». Обнаруженная взаимосвязь между вирусной инфекцией и последующими поведенческими и когнитивными проблемами стала базой для серии других исследований последствий травм и заболеваний. Данные исследования привели к предположению, что первопричиной СДВГ и его симптомов является повреждение головного мозга, вероятно, лобной доли.

Дальнейшие исследования подтвердили гипотезу о биологической основе теории возникновения СДВГ. В 1937 г. врач Чарльз Брэдли обнаружил, что использование бензедрина у детей с поведенческими проблемами привело к улучшению их работоспособности.[63] Исследования, основанные на его работе, привели непосредственно к нынешнему фармацевтическому лечению СДВГ.

Доктор Чарльз Брэдли заметил, что причиной детских затруднений могут быть изменения в физиологии нервной системы. Он заявил об успешных попытках применения препаратов, стимулирующих работу мозга. На основании своих наблюдений Ч. Брэдли начал изучать возможные биологические факторы, вызывающие СДВГ: гены, структуру мозга и физиологию, а также способы и действия препаратов, эффективно облегчающих симптомы расстройства. Брэдли провел исследование на детях с дефицитом внимания и неспособностью к обучению - пациентами Дома Эммы Пендельтон, известной сегодня как Больница Брэдли, где в основном лечили детей с неврологическими травмами и постэнцефалитными состояниями. Это были первые попытки «причинного» лечения гиперактивности.

Его открытие оказало большое влияние на направление будущего лечения СДВГ. С конца 1950-х гг. использование стимуляторов в медицинских целях

стало значительно увеличиваться. В то же время этот тип лечения был поставлен под сомнение из-за дискуссий о его безопасности.

Позже в науке появилась гипотеза о «микросиндроме повреждения мозга». Концепцию о том, что симптомы СДВГ вызваны микроповреждениями мозга выдвигали Ф.В. Грайчен, Джеймс Ф. Гарднер, Клаус Минде и др.[63].

В 1975 году СДВГ впервые вошел в медицинскую классификацию DSM-II Американской психиатрической ассоциации, а также в МКБ-9 (Девятый пересмотр Международной классификации болезней) как «гиперкинетическая реакция детства». Синдром был описан как расстройство, характеризующееся чрезмерной активностью, беспокойством, короткой концентрацией внимания, особенно у маленьких детей. Отмечалось, что симптомы уменьшаются с возрастом.

Постепенно концепция микроповреждения мозга как причина, объясняющая СДВГ у детей, стала подвергаться сомнению. Причиной послужило то, что проявление симптомов обнаруживалось как в случае повреждения головного мозга, так и при отсутствии подтвержденных повреждений. Поэтому исследователи начали возвращаться к генетической концепции расстройства. Наряду с этим внимание стали уделять аномальным механизмам функционирования мозга, таким как снижение реактивности или возбуждения, дефицит нейротрансмиттера или неврологическая незрелость.

В связи с тем, что предположений о причинах проявления СДВГ уже было достаточно много, в американской и европейской науке возникло различие в подходе к этиологии СДВГ. В Европе еще продолжительное время исследователи оставались приверженцами биологической концепции возникновения синдрома. Предполагалось, что симптомы расстройства в основном появляются одновременно с признаками повреждения в случае травмы или инфекции центральной нервной системы.

Факт того, что первые исследования СДВГ принадлежали Великобритании, а дальнейшее развитие исследований СДВГ проходило уже в США, оказал влияние на различия в описании расстройства в медицинских

классификациях болезней DSM-III и ICD-9 – международной классификации Всемирной организации здравоохранения.

Большой вклад в развитие исследований синдрома дефицита внимания и гиперактивности внесла Вирджиния Дуглас, канадский психолог. Ее работа «Остановись, смотри и слушай: проблема устойчивого внимания и контроля над импульсами у гиперактивных и нормальных детей» стала самой цитируемой в этой области и сместила внимание в проблематике гиперкинеза с гиперактивности на проблемы с вниманием.

Результатом исследования Вирджинии Дуглас стало включение синдрома дефицита внимания (СДВ) с гиперактивностью или без нее в третье издание Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам (DSM-III) в 1980 году[63].

Наиболее активное развитие в проблематике изучения синдрома СДВГ пришлось на 1990-е годы. Медицинские классификации DSM-IV и ICD-10 систематизировали симптомы СДВГ. Благодаря сотрудничеству европейских и американских ученых, критерии СДВГ стали схожими. Классификации имеют различную терминологию, но вместе они подчеркивают, что расстройство не имеет единообразного симптома, и оно относится к группе расстройств, связанных с различными проблемами в поведении.

Классификация DSM-IV выделяет три типа расстройства: с преобладанием синдрома дефицита внимания, с преобладанием гиперактивности и импульсивности и смешанный тип. Была принята модель с двумя отдельными измерениями симптомов: невнимательность и гиперреактивность / импульсивность. Позже диагностические критерии (DSM-IV-TR) были расширены. Была включена оценка исполнительной функции (прежде всего у взрослых пациентов). Также был отделен тип СДВГ во взрослом возрасте.

В 2013 году вышло обновленное актуальное издание DSM-5, в котором выделяется 3 основных типа расстройства и 2 дополнительных («другое уточнённое» и «неуточнённое») [20]:

1. Расстройство дефицита внимания/гиперактивности: преобладание дефицита внимания - СДВГ-ПДВ или СДВГ-ДВ (англ. attention-deficit/hyperactivity disorder: predominantly inattentive presentation, код 314.00/F90.0)

2. Расстройство дефицита внимания/гиперактивности: преобладание гиперактивности и импульсивности - СДВГ-ГИ или СДВГ-Г (англ. attention-deficit/hyperactivity disorder: predominantly hyperactive/impulsive presentation, код 314.01/F90.1)

3. Расстройство дефицита внимания/гиперактивности: смешанный тип - СДВГ-С (англ. attention-deficit/hyperactivity disorder: combined presentation, код 314.01/F90.2).

4. Другое уточнённое расстройство дефицита внимания/гиперактивности (англ. other specified attention-deficit/hyperactivity disorder, код 314.01/F90.8).

5. Неуточнённое расстройство дефицита внимания/гиперактивности (англ. unspecified attention-deficit/hyperactivity disorder, код 314.01/F90.9).

Согласно классификации МКБ-10, принятой в большинстве стран, СДВГ рассматривалось как эмоциональное и поведенческое расстройство, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте, которому характерны нарушение активности и внимания (раздел F90.0). СДВГ рассматривалось также как гиперкинетическое расстройство поведения (F90.1).

В обновленной версии МКБ-11, вступившей в силу в 2019 году, СДВГ относится к нейроонтогенетическим расстройствам. С неврологической точки зрения СДВГ рассматривается как стойкий и хронический синдром, для которого не найдено способа излечения. Считается, что некоторые дети, а именно 30 %, «перерастают» этот синдром либо приспосабливаются к нему во взрослой жизни.

В МКБ-11 гиперактивное расстройство с дефицитом внимания появилось как отдельный диагноз (код 6A05). Выделяются следующие подтипы расстройства:

6A05.0: Представлена преимущественно невнимательность.

6A05.1: Представлена преимущественно гиперактивность-импульсивность.

6A05.2: Смешанный тип.

6A05.Y: Другой уточнённый тип.

6A05.Z: Неуточнённый тип.

Результаты исследований отечественных ученых (Е.Л. Григоренко, Т.В. Корнилова, С.Д. Смирнова) не расходятся с полученными данными в ряде зарубежных исследований (G. Greene, B. Biederman, C. Sienna, G. Garcia-Jetton, 1992), которые подчеркивают коморбидность синдрома СДВГ с разнообразными психическими расстройствами, к которым относят оппозиционно-неповиновенное поведение, повышенную тревожность, аффективные расстройства [15]. По мнению указанных авторов, важен вопрос о том, действительно ли сопутствующие поведенческие и аффективные расстройства вторичны по отношению к рассматриваемому синдрому или указанная коморбидность оказывается маскирующей для других психических расстройств. В то же время ученые Н.Н. Заваденко, И.В. Равич-Щербо и другие подчеркивают, что нельзя забывать тот факт, что СДВГ может существовать как отдельный подтип нарушений, связываемых с малыми мозговыми дисфункциями [24,25].

Большой вклад в исследование проблемы внесли работы, выдвигающие предположение о роли генетических факторов в возникновении СДВГ, доказательством которой явилось существование семейных форм СДВГ (И.П. Брызгунов, Е.Л. Григоренко, В.Р. Кучма) [36,79].

1.2 Нейропсихологические особенности детей старшего дошкольного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивности

В период дошкольного детства закладываются важные фундаментальные качества, обрисовываются первые контуры характера, начинает складываться привычный образ поведения, определенные отношения к действительности. Активно формируется произвольная сфера ребенка, позволяющая ему

усваивать знания, формировать умения и навыки, необходимые для развития, социальной адаптации. Ведущую роль в успешном формировании умственных действий, интериоризации понятий и собственно формировании произвольности в целом, принадлежит вниманию как психическому процессу, как внутреннему свернутому процессу контроля действий [28].

СДВГ - сравнительно новый диагноз, относящийся к детям с трудностями в сфере внимания, импульсивности и избыточной активности. Дети с СДВГ это неоднородная группа, показывающая значительную изменчивость в степени выраженности и в ситуациональном диапазоне признаков. Нарушение служит одним из наиболее частых оснований для обращений к специалистам в области психического здоровья и одно из самых встречающихся расстройств психического здоровья в детском возрасте.

В симптомокомплекс СДВГ входит:

1. Невнимательность.
2. Гиперактивность.
3. Импульсивность.
4. Проблемы в обучении и общении.

СДВГ может включать в себя поведенческие расстройства, отставание в развитии языка и речи и, следовательно, школьных навыков. Синдром относится к пограничным расстройствам и находится в центре внимания медицинских, психологических и педагогических и других исследований. Сравнивая детей с СДВГ и здоровых одного возраста и пола, можно найти отличия в трудностях внимания. Проведённое обследование показывает, что у детей с СДВГ наблюдаются затруднения в сосредоточенности на деятельности: постоянстве волевых усилий или устойчивости внимания по отношению к заданиям. Трудности бывают в не спланированных, свободных играх, снижающих время игры с одной определенной игрушкой, но количество используемых ребенком различных игрушек на протяжении всего времени игры значительно увеличивается. При СДВГ наиболее трудны задачи, предполагающие устойчивое внимание при осуществлении скучных,

надоедливых, монотонных заданий, таких как самостоятельное выполнение школьных и домашних работ, а также трудных и неприятных заданий. Но если заинтересовать ребёнка, то выполнение дополнительных заданий покажет устойчивость внимания детей с СДВГ, сходную с показателями нормальных детей. Тем не менее, когда появляются конкурирующие друг с другом и сменяющие друг друга виды занятий, дети с СДВГ могут быть рассеянными и отвлеченными, и, фактически, им больше по душе отсрочить выполнение трудного задания, если есть возможность проявить себя в какой-либо высокооцениваемом соревновательном деле.

Для установления диагноза СДВГ по классификации DSM–IV (1994) необходимо шесть (или более) признаков невнимательности, которые сохраняются у ребёнка, по крайней мере, шесть месяцев и проявляются так сильно, что приводят к нарушению адаптации и несоответствию нормальным возрастным характеристикам развития.

Родители и воспитатели часто рассказывают о проблемах внимания следующим образом: «не слушает», «не заканчивает задания», «витает в облаках», «часто теряет вещи», «не может сосредоточиться», «отвлекается», «не умеет самостоятельно работать», «нуждается в большем руководстве», «не завершив одного задания, перескакивает на другое», «смущён, путается или как будто в тумане».

Диагностические критерии СДВГ (DSM–IV, 1994). Для постановки диагноза необходимо:

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

Невнимательность :

1. Часто не способен сосредоточить внимание на деталях; из-за небрежности допускает ошибки в школьных заданиях, в выполняемой работе и других видах деятельности.

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

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

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

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

6. Обычно избегает, не любит либо сопротивляется вовлечению в выполнения заданий, которые требуют длительного сохранения умственного усилия.

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

8. Легко отвлекается на посторонние стимулы.

9. Часто проявляет забывчивость в повседневной активности.

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

Гиперактивность:

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

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

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

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

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

6. Часто чрезмерно разговорчив. Импульсивность.

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

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

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

Некоторые симптомы из разделов гиперактивность - импульсивность или невнимательности, создающие проблемы выявлялись у ребёнка в возрасте до семи лет.

Нарушения, обусловленные вышеперечисленными симптомами, проявляются в двух и более ситуациях (например, в школе (на работе) и дома).

Должна быть очевидной клиническая выраженность нарушений социального, академического или профессионального функционирования. Большинство определений очень часто находят подтверждение в анкетах, заполненных родителями и попечителями детей с СДВГ.

Признаки СДВГ (Грибанов А.В.) [55].

Несосредоточенность внимания:

1. Не слушает.
2. Не завершает начатые задания.
3. Мечтает.
4. Часто теряет вещи.
5. Не может сосредоточиться.
6. Отвлекается.
7. Не может работать самостоятельно.
8. Не завершив одного задания, перескакивает на другое.
9. Смущен, спутан или как будто в тумане.

Импульсивность:

1. Недостаток контроля поведения в ответ на конкретные требования.

2. Быстрое реагирование на ситуации, не дожидаясь указаний и инструкции.
3. Неадекватное оценивание требования задания.
4. Небрежны, невнимательны, беспечны и легкомысленны.
5. Не могут рассмотреть потенциально негативные, вредные или разрушительные (даже опасные) последствия.
6. Подвергают себя необоснованному риску.
7. Нередки несчастные случаи с отравлениями и травмами.
8. Могут легкомысленно и беспечно повредить или уничтожить чью-либо собственность.
9. Очень проблематично ждут своей очереди в игре или в команде.
10. Выбирают заведомо краткосрочные виды деятельности.
11. Прилагают меньшее количество усилий и времени на выполнение заданий, которые для них неприятны, скучны и надоедливы.
12. Когда хотят что-либо и должны ждать, могут бесконечно изводить взрослых в ожидании данного события.
13. Проблематичны ситуации игры, требующие совместного участия, сотрудничества, взаимодействия, сдержанности и строгости со сверстниками.
14. Часто говорят нескромно, несдержанно, неосторожно, не задумываясь о чувствах окружающих или о социальных последствиях этих высказываний для их самих.
15. Преждевременные ответы на вопросы и прерывание разговоров других.
16. Производят впечатления незрелости или ребячливости.
17. Слабый контроль, безответственность, ленность.
18. Чрезмерная грубость.

Гиперактивность :

1. Избыточная двигательная активность.
2. Нарушения координации.

Эмоциональные нарушения:

1. Эмоциональное развитие запаздывает.
2. Неуравновешенность.
3. Вспыльчивость.
4. Нетерпимость к неудачам.

Социальные отношения:

1. Отрицательное влияние на сверстников.
2. Социальный катализатор, влияющий на поведение других часто в нежелательном направлении.
3. Сложности во взаимоотношениях со сверстниками и взрослыми.
4. Импульсивность.
5. Навязчивость.
6. Чрезмерность.
7. Дезорганизованность.
8. Агрессивность.
9. Впечатлительность.
10. Эмоциональность.

Поведенческие расстройства:

1. Ночное недержание мочи.
2. Хуже засыпают.
3. Утром часто сонливы.

Исследователи, которые пользовались прямым наблюдением за поведением детей, отметили, что нерабочее поведение или не сосредоточенность внимания при осуществлении задания, было зафиксировано намного чаще у детей и подростков с СДВГ, чем у нормальных детей или детей, имеющих трудности в обучении. СДВГ чаще характерно для мальчиков. Относительная распространенность среди мальчиков и девочек колеблется от трёх к одному, от девяти к одному, и зависит от критериев диагноза, методов исследования и групп исследования. Среди младших школьников синдром составляет порядка 10–15%, и мальчиков он бывает в три раза чаще, чем у девочек.

Таблица 1 - Возрастная динамика проявления СДВГ (по Н. Н. Заваденко)

[17]

Возраст	Особенности проявлений СДВГ
<p>Дошкольный возраст: 3 – 6 лет</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● повышенная двигательная активность ● агрессивность по отношению к окружающим ● неаккуратен, часто бросает, ломает вещи или игрушки ● чрезмерно энергичен во время игр, что часто придает им разрушительный характер ● болтлив, задает много вопросов ● спорит, предъявляет требования ● шумит, кричит, часто перебивает других ● частые вспышки сильного раздражения ● непослушен, плохо подчиняется требованиям взрослых ● попадает в опасные ситуации, получает травмы ● двигательная неловкость ● нарушения развития речи.
<p>Младший школьный возраст: 7–12 лет</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● повышенная двигательная активность ● быстро отвлекается ● плохо организует выполнение домашних заданий, не доводит их до конца, из-за невнимательности допускает много ошибок ● выкрикивает ответ до того, как вопрос сформулирован до конца ● часто встает со своего места в классе ● часто мешает занятиям, оказывает деструктивное влияние на класс ● трудности освоения учебных навыков, школьная дезадаптация ● не может дожидаться своей очереди во время игр ● беспечность и безответственность ● поведение расценивается взрослыми как незрелое ● не в состоянии доводить до конца выполнение обычных домашних поручений ● часто вмешивается в беседы и игры сверстников ● плохие взаимоотношения со сверстниками, мало друзей ● испытывает трудности во время игр, не может следовать их правилам ● вспыльчивость, задиристость, оппозиционное и агрессивное поведение

Продолжение таблицы 1

<p>Подростковый возраст: 13–18 лет</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● неуспеваемость в школе ● трудности в завершении выполнения длительных заданий ● отсутствие самостоятельности, не может работать без посторонней помощи ● низкая самооценка ● нарастание нарушений поведения ● безрассудное поведение, сопряженное с риском ● плохие взаимоотношения со сверстниками ● трудности в соблюдении правил поведения,
<p>Взрослый возраст</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● не организован, не обладает достаточными навыками планирования ● забывчив, рассеян, часто теряет вещи ● трудности с инициативой и доведением до конца работы над различными заданиями, проектами ● плохо планирует время для своей деятельности и неправильно оценивает имеющееся время ● частые смены места работы ● проблемы в семейной жизни ● остаются трудности с длительным сохранением внимания ● плохо переносит негативные эмоции, разочарования

Сиротюк А.Л. отмечает, что у детей с СДВГ формирование мозговой организации от правого полушария к левому происходит с девиациями и развитие «уходит в правый лоб», что отражается в гиперактивности, импульсивности [56]. Дело в том, что концентрацию внимания обеспечивают лобные отделы левого полушария, а правое полушарие ответственно за распределение внимания. Оно воспринимает не фигуру в центре внимания, а периферию, что в полной мере наблюдается у детей с СДВГ. При повреждении вестибулярного аппарата им необходимо двигаться, крутиться и постоянно вертеть головой, чтобы оставаться «в сознании». Для того чтобы сохранить концентрацию внимания, дети применяют адаптивную стратегию: они активизируют центры равновесия при помощи двигательной активности. Например, отклоняясь на стуле назад так, что пола касаются только его задние ножки. Учитель требует, чтобы ученики «сели прямо и не отвлекались». Но для таких детей эти два требования вступают в противоречие. Если их голова и тело неподвижны, снижается уровень активности мозга.

В результате коррекции при помощи реципрокных двигательных упражнений поврежденная ткань в вестибулярном аппарате может заменяться новой по мере того, как развиваются и миелинизируются новые нервные сети. В настоящее время установлено, что двигательная стимуляция мозолистого тела, мозжечка и вестибулярного аппарата детей с СДВГ приводит к развитию функции сознания, самоконтроля и саморегуляции.

По мнению И.П. Брызгунова, Е.В Касатиковой: «Начиная с детского возраста необходимо выявить этих детей и консультировать родителей о необходимости коррекции дефицита психических функций до поступления в школу. Возраст 5-6 лет является наиболее благоприятным для компенсации нарушенных функций внимания, двигательного контроля, саморегуляции» [6].

Итак, до 7-летнего возраста пластичность мозговых систем из-за отсутствия жестких мозговых связей имеет огромный аутокоррекционный потенциал. Именно поэтому важно проводить работу с детьми старшего дошкольного возраста, а не с младшими школьниками, когда проблема дезадаптации уже проявляется в полной мере.

Любой психический процесс может быть полноценно развит только при условии сформированности внимания. Л.С. Выготский писал, что направленное внимание играет огромную роль для процессов абстракции, мышления, мотивации, направленной активности [13].

К подростковому возрасту повышенная двигательная активность в большинстве случаев исчезает, а импульсивность и дефицит внимания сохраняются. По результатам исследования Н.Н. Заваденко поведенческие нарушения сохраняются почти у 70% подростков и 50% взрослых, имевших в детстве диагноз дефицита внимания [26].

СДВГ, сочетаясь с ухудшением поведения, может вследствие стать причиной целого ряда нарушений личности - асоциальной психопатологии (развитию алкоголизма, наркомании). Поэтому детям с СДВГ необходима в медико-социальная и психолого-педагогическая помощь.

Анализ возрастной динамики СДВГ показал два всплеска проявления синдрома. Первый отмечается в 5-10 лет и приходится на период подготовки к школе и начало обучения, второй - в 12-15 лет. Это обусловлено динамикой развития высшей нервной деятельности. Возраст 5,5-7 и 9-10 лет - критические периоды для формирования систем мозга, отвечающих за мыслительную деятельность, внимание, память.

Выявлено существование множества подходов к исследованию синдрома дефицита внимания и гиперактивности. На детей с гиперактивностью и дефицитом внимания оказывает очень сильное влияние эмоциональное взаимодействие с родителями и педагогами, которые в старшем дошкольном возрасте являются эталоном поведения и главными экспертами во внеситуативно-личностном общении. Сопутствующие синдрому дефицита внимания с гиперактивностью нарушения поддаются коррекции, но процесс улучшения состояний ребенка занимает обычно длительное время и наступает не сразу.

Установлено, что эмоциональная насыщенность взаимодействия ребенка с близкими ему людьми определяет значимость атмосферы семьи как условия закрепления, а в некоторых случаях даже и возникновения гиперактивности.

Рассмотрим влияние семьи на эмоциональное состояние ребенка более подробно.

1.3 Влияние семейных взаимоотношений на эмоциональное состояние ребенка с СДВГ старшего дошкольного возраста

Значение семейного воспитания в развитии ребенка трудно переоценить: семья является первым и наиболее важным фактором личностного, интеллектуального, духовного развития человека.

Известно, что семейное воспитание отличается от общественного рядом характеристик. Во-первых, оно основано на любви родителей к ребенку и их заботе об успешности ребенка в будущем. Для ребенка семья является первой

разновозрастной социальной группой, в которой он учится общаться с младшими и старшими людьми, узнает, как ведут себя мужчины и женщины в различных ситуациях взаимодействия, и это вторая особенность семейного воспитания. Третья характеристика семьи как воспитательной среды заключается в том, что семья для ребенка является прототипом общества в широком понимании этого слова: в семье ребенок учится соблюдать свод законов (семейных правил), узнает, что нарушение законов влечет за собой санкции, и «хорошее» поведение сулит поощрение со стороны окружающих. Также именно в семье ребенок осваивает практически все виды общественной деятельности: общение, труд, учение и пр.

И, наконец, четвертая особенность семейного воспитания заключается в продолжительности его воздействия: оно начинается с момента появления ребенка на свет, и длится в течение всей жизни человека. На фоне таких общих характерных особенностей в каждой семье ребенка воспитывают уникальным. Есть ряд факторов, влияющих на складывание стиля воспитания в семье: образ жизни семьи, уровень культуры и образования, представления о воспитании родителей и многое другое.

Вслед за А.Л. Венгером определим само понятие «стиль воспитания» как «стиль взаимоотношений с ребенком в семье, характеризуемый степенью контроля, заботы и опеки, теснотой эмоциональных контактов между родителями и ребенком (эмоционально теплый - эмоционально холодный), характером руководства поведением ребенка со стороны взрослых (демократический - авторитарный), количеством запретов (ограничительный - попустительский) и т. п.».

Стиль семейного воспитания понимается как целостная категория, отражающая единство когнитивного, эмоционального, мотивационного и поведенческого аспектов общения взрослого с ребенком. Характеризуется устойчивостью во времени и проявляется в большинстве ситуаций детско-родительского общения.

Изучение и описание семейного воспитания началось в первой трети XX в. в связи с практическими запросами педагогики и психиатрии. Стили воспитания рассматривались как факторы развития тех или иных особенностей характера и поведения ребенка. На протяжении XX столетия создано большое количество их классификаций, построенных на самых разных основаниях. Изучение стилей семейного воспитания - одно из самых ранних направлений в исследовании закономерностей влияния семьи на развитие личности. В рамках этого направления, как правило, решались две задачи:

1. Создание описательных классификаций стилей семейного воспитания.
2. Выявление связей между определенными стилевыми условиями и особенностями личности ребенка.

Обратимся к многочисленным исследованиям стилей семейного воспитания в отечественной и зарубежной психологии. Альфред Адлер уже в 1932 году описал неблагоприятные ситуации детства, связанные с родительским воспитанием, на основе которых ребёнок формирует ошибочные представления о жизни. Так, Адлер отметил, что родительское пренебрежение может препятствовать развитию у ребенка социального интереса; попустительство — к развитию неадекватных представлений ребенка о себе; недостаток родительского внимания лишает ребёнка возможности поверить в себя, и смелости справляться с возникающими жизненными трудностями [63]. Поскольку Адлер во главу угла ставит взаимоотношение ребенка с обществом, его способность реализоваться и развиваться в обществе, работая над своими недостатками, он видит развитие у ребенка адекватной самооценки, веры в себя и умения соблюдать определенные правила поведения важнейшими моментами в общении родителей и ребенка.

Одна из ранних попыток решения этих задач была осуществлена на стыке психиатрии и психологии. Так, В. Н. Мясищев, основатель патогенетического подхода в отечественной психологии, прослеживая детерминанты описанных им форм неврозов, показал, что воспитание в условиях строгих и противоречивых требований ведет к росту вероятности возникновения невроза

навязчивости; воспитание по тину чрезмерного внимания и потакания ребенку - к развитию истерических черт характера с высокой эмотивностью и низким самоконтролем; предъявление непосильных требований - к увеличению вероятности развития неврастении [18].

Детский психиатр Г. Е. Сухарева описала следующие закономерности: противоречивое и унижающее воспитание способствует развитию агрессивно-защитного типа поведения с повышенной возбудимостью и неустойчивостью; жестокое (деспотичное) воспитание ведет к развитию пассивно-защитного типа поведения с тормозимостью, робостью, неуверенностью и зависимостью; сверхопека, чрезмерное предохранение ребенка от возможных трудностей формирует инфантильный тип поведения[41].

Наиболее детализированная современная отечественная классификация стилей детско-родительского взаимодействия предложена Э. Г. Эйдемиллером и В. В. Юстицкисом [73,86]. Она построена на основе анализа особенностей семей, воспитывающих детей и подростков с психопатиями и акцентуациями характера. В ней выделено шесть типов семейного воспитания, которые диагностируются с помощью специально разработанного опросника «Анализ семейного взаимодействия» (АСВ). С помощью опросника выявляются перечисленные ниже акцентуации в стилях родительского поведения, а также возможные причины этих отклонений (например, страх утраты ребенка и т.п.).

1. Потворствующая гиперпротекция. Ребенок воспитывается как кумир семьи, освобождается от ответственности, его желаниям потакают, восхищаются даже минимальными успехами. В условиях такого стиля у ребенка формируется конфликт между завышенным уровнем притязаний, стремлением к доминированию и неспособностью к реальной оценке своих возможностей и внешних обстоятельств, к приложению сил для достижения желаемого; возрастает вероятность развития истероидных и гипертимных черт в характере.

2. Доминирующая гиперпротекция. Повышенное внимание и забота, чрезмерная опека и мелочный контроль, запреты со стороны взрослого

затрудняют развитие самостоятельности и ответственности ребенка. В таких условиях он иногда рано и резко эмансипируется (часто и с ущербом для себя, например, через асоциальное поведение) либо в его характере доминируют пассивность, зависимость, неумение себя защитить; акцентируются астенические черты характера.

3. Жестокость. Ребенок вызывает недовольство и раздражение родителя, что иногда компенсируется навязчивой, неадекватной заботой. Враждебность взрослого к ребенку может проявляться и в открытой форме, в виде насилия — избиения, издевательств, депривации потребностей и т.п. Жестокость способствует развитию акцентуации по эпилептоидному типу.

4. Эмоциональное отвержение. Этот стиль близок к жестокости, но в большей степени связан с игнорированием потребностей ребенка (воспитание по типу «Золушки»).

5. Повышенная моральная ответственность. В ребенке стимулируют прежде всего чувство долга, повышенной ответственности, часто не соответствующие его возрасту и возможностям. В таких условиях он боится разочаровать родителей, допустить ошибку, выразить свои чувства, что способствует развитию психастенических черт в характере.

6. Гипопротекция (безнадзорность). Стиль характеризуется недостатком опеки и контроля, безнадзорностью, попустительством со стороны взрослого. В некоторых случаях опеки и контроля может быть даже много, но они имеют формальный характер, не ориентированный на потребности и особенности ребенка. Ребенок может использовать асоциальное поведение из-за неудовлетворенной потребности в родительском внимании, характерна неустойчивость поведения.

Среди зарубежных классификаций наиболее известна классификация стилей родительского поведения американского психолога Д. Баумринд. Автор, опираясь на поведенческие и характерологические черты детей, выделила три типа соответствующих им воспитательных стратегий родителей.

1. Авторитетные родители: любят, понимают детей, не наказывают, а объясняют, хвалят; их требования и помощь адекватны уровню развития детей; проявляют твердость к детским капризам и гневу. У таких родителей инициативные, общительные, любознательные, ответственные, уверенные в себе дети.

2. Авторитарные родители: подчиняют ребенка своей воле, делают акцент на дисциплине и строгом соблюдении правил, самостоятельность и вариативность детского поведения ограничиваются, контроль, запугивания и наказания - главные средства воспитания. Дети таких родителей характеризуются раздражительностью, склонностью к конфликтам, ориентацией на внешний контроль (самоконтроль низкий), повышенным чувством вины и страхом наказания, трудностями в общении из-за собственной враждебности, тревожностью и неуверенностью.

3. Снисходительные родители: проявляют бесконтрольность, попустительство, время от времени - недовольство детьми из-за их неуправляемости. Дети, как правило, характеризуются импульсивностью, агрессивностью.

Большую известность в психологических исследованиях получила двухфакторная модель Е. С. Шефер, в которой выделено два базовых параметра стиля родительского поведения - степень эмоциональной близости и теплоты со стороны родителя (родительская любовь, принятие или эмоциональное отвержение, отстраненность) и степень контроля поведения ребенка [18]. Принятие и контроль отражают эмоциональный и поведенческий аспекты сферы детско-родительских отношений. Их сочетание определяет многообразие стилей детско-родительского общения - отвержение, партнерство, авторитарность, симбиоз, попустительство и др. (рис.1).

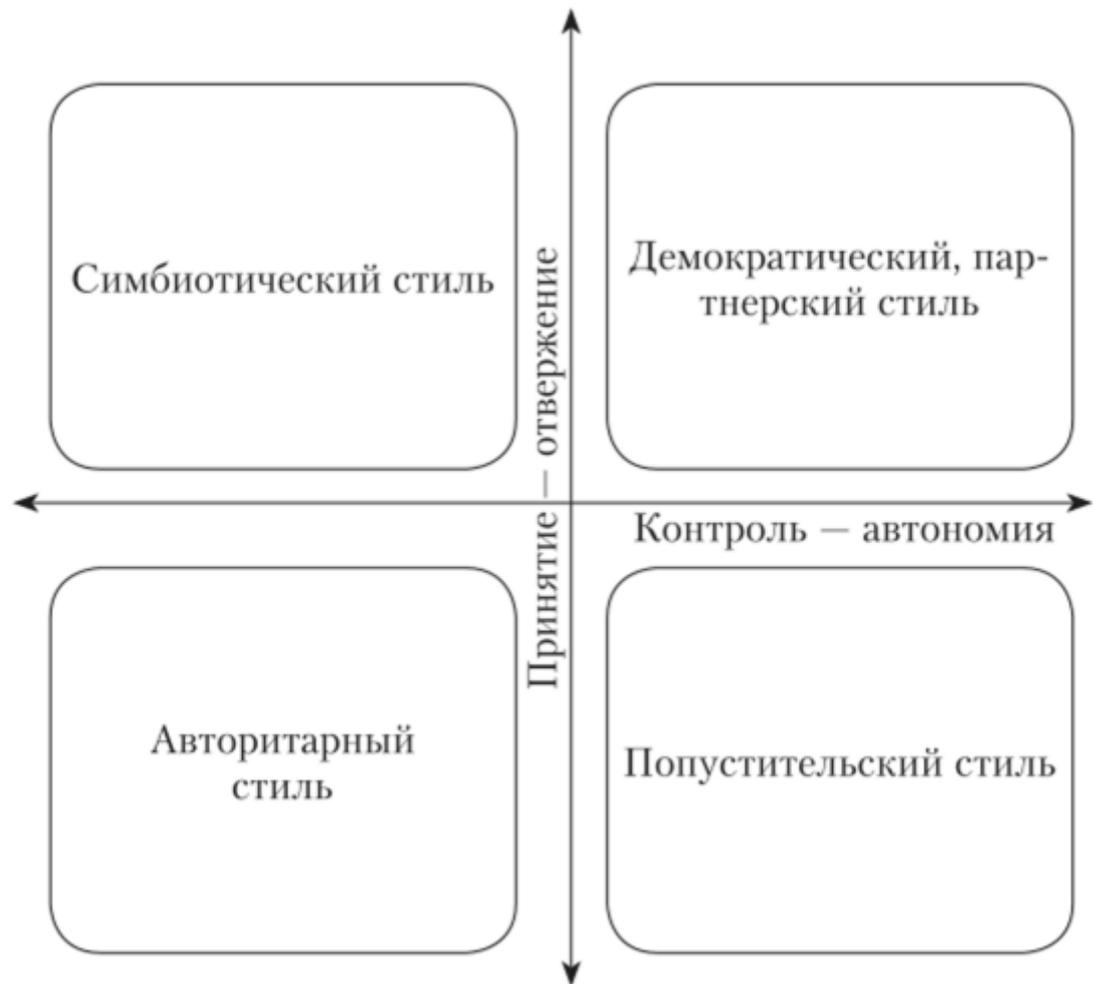


Рис. 1. Двухфакторная модель стиля родительского поведения

Идеи этой модели имеют воплощение в двух известных опросниках - Parental Attitude Research Instrument (PARI, авторы Е. Шефер, Р. Белл) и «Взаимодействие родителя и ребенка» (ВРР, И. М. Марковская). Первый опросник направлен на изучение установок взрослого в сфере детско-родительских и семейных отношений, он адаптирован к русскоязычной выборке (Т. В. Архиреева). Опросник ВРР изучает представления родителя и ребенка об особенностях их реального взаимодействия.

А. Рое, М. Сигельман в похожей классификации также выделили два фактора родительского отношения: принятие - отвержение и концентрация чувств на ребенке (что можно понять как аналогию дистанции в общении)[63]. При сочетании этих двух факторов выделяются шесть типов поведения родителей:

1. Отвержение: родители часто оставляют ребенка одного или что-то запрещают ему, чтобы избежать контактов с ним.

2. Безразличие, невнимание, «забывчивость» о ребенке, минимум заботы.

3. Гиперопека: ребенок - центр семьи, отношения эмоционально насыщенные, ребенка балуют, его самостоятельность не поощряется или наказывается.

4. Сверхтребовательность: доминантность, деспотизм родителей, требования успехов и соблюдения правил, много запретов, гиперсоциализация;

5. Устойчивость: родитель охотно общается с ребенком, когда он не мешает другим делам, он как бы часть жизни отца или матери, усилий по воспитанию и требований мало, эмоциональный фон позитивный;

6. Активная любовь: родители уделяют ребенку много времени, развивают его независимость, самостоятельность, активно включены в его жизнь на партнерских позициях.

Наиболее деструктивным типом родительского отношения, с точки зрения авторов, является отвержение, так как оно способствует росту тревоги и агрессивности у ребенка. Наиболее конструктивные стили - устойчивость и активная любовь.

Таким образом, стиль семейного воспитания может быть описан через ряд параметров: автономия - контроль, отвержение - принятие, требовательность и строгость, непоследовательность - последовательность. Большинство исследователей особо выделяет два параметра, которые считаются базовыми в детско-родительском общении: принятие отвержение (эмоциональный аспект) и автономия - контроль (поведенческий аспект). Помимо двух указанных базовых составляющих стиля важна и такая его характеристика, как устойчивость. Родительская непоследовательность и неопределенность (хаотический стиль) - один из самых тяжелых аспектов детско-родительских отношений, так как в его условиях фрустрируется базовая потребность личности - потребность в предсказуемости, упорядоченности мира.

Многими исследователями подчеркивается идея, согласно которой стиль семейного воспитания влияет на личность ребенка не прямо, а лишь опосредованно, создавая определенную систему условий развития, являясь важным компонентом социальной ситуации развития. Например, попустительский стиль способствует искажению волевой сферы ребенка. В условиях так называемого симбиотического стиля, проявляющегося в оберегании ребенка от трудностей, поощрении его зависимости, жертвенности родителей для ребенка существенно затруднено решение задач взросления и самостоятельности. Эмоциональная оценка мира подростком связана со стилем семейного взаимодействия.

Идеи описания стилей семейного воспитания, а также поиска так называемого «гармоничного» стиля, в отличие от «негармоничных», интенсивно распространялись начиная с середины XX в. В это время в культуре крайне актуальными и вдохновляющими были ценности и принципы демократии, доверия к другому как основы общения, безусловного принятия себя и другого. В контексте такого мировоззрения демократический, принимающий стиль семейного воспитания был провозглашен «правильным», «гармоничным», а остальные оказались «неправильными», ведущими к тем или другим негативным последствиям в развитии ребенка.

В дальнейшем такой однобокий, оценочный взгляд на нормы семейного воспитания постепенно преодолевался, становилось понятно, что каждый стиль создает определенную ситуацию (систему условий) развития ребенка, следовательно, каждый стиль благоприятен для развития определенных личностных особенностей и удовлетворения определенных потребностей. Иными словами, каждый стиль адекватен для определенного возрастнопсихологического статуса ребенка. Например, адекватным условием для решения задач младенческого возраста служит симбиотический стиль, который характеризуется вовлеченностью матери во все аспекты жизни ребенка в сочетании с переживанием его принятия, удовольствием от общения с ним. Усиление авторитарных черт в родительском поведении важно в периоды

интенсивного овладения ребенком новыми для него нормами и правилами, выполнения новых требований, что в большей степени характерно для раннего детства и младшего школьного возраста. Для подросткового возраста адекватно усиление партнерских форм общения.

В ряде исследований показано, что стилистика взаимодействия с ребенком, которая считается неоптимальной для формирования личности и социализации здоровых детей, способствует социально-психологической адаптации детей с особенностями развития и тяжелыми хроническими заболеваниями. Например, очевидно, что ребенок с умственной отсталостью нуждается в более опекающем родительском стиле. В этих исследованиях отражена идея Л. С. Выготского о том, что невозможно оценивать семейные условия как благоприятные или неблагоприятные в отрыве от возрастно-психологических особенностей ребенка, необходимо учитывать соотношение между ними и особенностями семьи, которое оказывается благоприятным или нет.

Таким образом, вклад одного из самых ранних направлений психологических исследований в изучение семейной проблематики заключается в создании большого количества классификаций стилей воспитания и выявлении множества закономерностей связи этих стилей с личностными, характерологическими особенностями ребенка.

Американский психолог Джеймс Мартин Болдуин на основе критериев: родительский контроль, родительские требования, способы оценки, эмоциональная поддержка, выделил два стиля родительского воспитания [63].

Демократический стиль определяется следующими параметрами: высокой степенью вербального общения между родителями и детьми; включенностью детей в обсуждение семейных проблем; готовностью родителей прийти на помощь, если это потребуется, и верой в успех самостоятельной деятельности ребенка; стремлением родителей к объективному взгляду на ребенка.

Контролирующий стиль предполагает значительные ограничения поведения детей, четкое и ясное разъяснение ребенку смысла ограничений, отсутствие разногласий между родителями и детьми по поводу дисциплинарных мер. При этом родители могут предъявлять детям требования жестко, последовательно и постоянно, а дети воспринимают эти требования как справедливые.

Диана Баумринд в ходе наблюдений смогла выделить 3 различных по способу контроля и эмоциональной насыщенности стиля родительского отношения и соответствующие этим стилям характеристики детей[87].

1. Авторитетные родители - инициативные, общительные, добрые дети. высокий уровень родительского контроля, поощрение растущей автономии детей, теплые отношения с детьми. Как результат - дети социально адаптированы, уверены в себе, способны к самоконтролю, обладают высокой самооценкой. Решения родителей не кажутся произвольными и несправедливыми для детей, поэтому дети легко соглашаются с ними.

2. Авторитарные родители - раздражительные, склонные к конфликтам дети. Высокий уровень контроля: родители ждут неукоснительного выполнения своих требований, отношения с детьми холодные и отстраненные. Родители мало общаются с детьми, устанавливают жесткие требования и правила, не допускают их обсуждения, не побуждают детей высказать свое мнение. Дети замкнуты, боязливы и угрюмы, непритязательны и раздражительны.

3. Снисходительные (или либеральные) родители - импульсивные, агрессивные дети. Низкий уровень контроля и теплые отношения: родители слабо или совсем не регламентируют поведение ребенка, хотя они открыты для общения с детьми, но доминирующее направление коммуникации - от ребенка к родителям. По мнению Д. Баумринд, родители так увлекаются демонстрацией «безусловной любви», что перестают выполнять непосредственно родительские функции, в частности, устанавливать запреты для своих детей. Дети склонны к непослушанию и агрессивности, ведут себя неадекватно и импульсивно,

нетребовательны к себе, в некоторых случаях дети становятся активными, решительными и творческими людьми.

Коллеги Д. Баумринд Элеонора Маккоби и Джон Мартин дополнили данную типологию еще одним, четвертым, стилем воспитания ребенка в семье[87].

4. Безразличные родители - озлобленные дети. Низкий уровень контроля и холодные отношения: родители не устанавливают для детей никаких ограничений, безразличны к детям, закрыты для общения. Если безразличие сочетается с враждебностью, ребенок проявляет разрушительные импульсы и склонность к отклоняющемуся поведению.

Д. Элдер на основании уровня родительского контроля и давления на ребенка выделяет семь стилей общения и взаимодействия родителей с детьми подросткового возраста:

Автократичный стиль отличается полноправной властью родителей над детьми, без необходимости обсуждать или объяснять свои решения, и слабым контролем за поведением детей. Родители могут навязывать свою волю и подчеркивают некомпетентность детей в различных аспектах.

Авторитарный стиль оставляет за родителями власть и право принятия решений, но допускает для подростка возможность высказывания своего мнения и точки зрения, но без права голоса.

Демократичный стиль предполагает совместное обсуждение важных решений родителями и детьми.

Эгалитарный стиль характеризуется абсолютным равноправием родителей и ребенка, предполагает, что родители и дети не только в равной мере участвуют в принятии решений, но и несут одинаковую ответственность за них.

Разрешающий стиль встречается у родителей, которые склонны предоставлять ребенку довольно много свободы, требуя от него ответственности за поступки.

Попустительский стиль характеризуется тем, что родители с самого раннего возраста предоставляют ребенку полную бесконтрольную свободу действий и зачастую ведут себя непоследовательно, наказывая и поощряя ребенка иногда за одни и те же поступки.

Игнорирующий стиль, характеризуется отсутствием интереса родителей в отношении ребенка, его дел. Отсутствие родительского внимания выглядит так, как будто взрослых мало волнует душевное состояние ребенка, они безразличны к его потребностям и запросам.

Критерий эмоциональности и личной включенности родителей в отношения с детьми лег в основу классификации отечественного ученого Л.Г. Саготовской [18]. Автор выделяет 6 типов отношений родителей к детям:

1. Чрезвычайно пристрастное отношение, уверенность, что дети - главное в жизни.
2. Безразличное отношение к ребенку, к его запросам, интересам.
3. Эгоистическое отношение, когда родители считают ребенка основной рабочей силой семьи.
4. Отношение к ребенку как объекту воспитания без учета особенностей его личности.
5. Отношение к ребенку как помехе в карьере и личных делах.
6. Уважение к ребенку в сочетании с возложением на него определенных обязанностей.

По критерию распределения ролей власти - подчинения и уровня конфронтации во взаимодействии родителей и детей А.П. Петровский выделяет 5 типов семейных отношений: диктат, опека, конфронтация, мирное сосуществование на основе невмешательства и сотрудничество.

А.И. Захаров выделяет следующие критерии семейных отношений [41]:

1. Интенсивность эмоционального контакта родителей по отношению к детям. По этому параметру различаются такие стили семейного воспитания как: гиперопека, опека, принятие, непринятие.

2. Параметр контроля позволяет выделить разрешительный, допускающий, ситуативный, ограничительный типы семейного воспитания.

3. Критерий последовательности в воспитательном воздействии является чрезвычайно важным в родительском отношении к детям любого возраста.

4. По эмоциональной насыщенности семейное воспитание может быть аффективно устойчивым или неустойчивым. Этот показатель дает представление о стабильности и характере эмоциональной атмосферы в семье.

5. Характеристика тревожности в детско-родительском взаимодействии также указывает на особенности атмосферы в семейном воспитании, описывает тревожность родителей за ребенка, факторах развития детской тревожности, устойчивости семьи к факторам стресса и пр.

Российские психологи Е.Т. Столин и В.В. Столин отметили некоторые типы неадекватного родительского (материнского) отношения к ребенку, связанные с эмоциональными трудностями женщин [54]:

1. Отношение матери к сыну - подростку как к «замещающему» мужу: требование активного внимания к себе, заботы, навязчивое желание находиться постоянно в обществе сына, быть в курсе его интимной жизни, стремление ограничить его контакты со сверстниками.

Матери жалуются на отсутствии контакта с сыном, его желание отгородиться от нее, его «презрение». В менее грубой форме подобное отношение, как уже указывалось, выливается в присвоении подростку статуса «главы семьи».

2. Гиперопека и симбиоз: навязчивое желание удержать, привязать к себе ребенка, лишить его самостоятельности из-за страха возможного несчастья с ребенком в будущем (комплекс «умной Эльзы»). В этом случае преуменьшение реальных способностей и потенций ребенка приводит родителей к максимальному контролю и ограничениям, желанию все сделать за него, предохранить от опасностей жизни, «прожить жизнь за ребенка», что по существу означает «зачеркивание» реального ребенка, стагнацию развития

ребенка, регресс и фиксацию на примитивных формах общения ради обеспечения симбиотических связей с ним.

3. Воспитательный контроль посредством нарочитого лишения любви: нежелательное поведение (например, непослушание), недостаточные школьные достижения или неаккуратность в быту наказываются тем, что ребенку или подростку демонстрируется, что «он такой не нужен, мама такого не любит». При этом родители прямо не выражают недовольства ребенком, недопустимости подобного поведения, не демонстрируют ясно негативные чувства, которые они переживают в связи с плохим поведением ребенка. С ним не разговаривают, его подчеркнуто игнорируют, говоря о ребенке в третьем лице, как об отсутствующем. У некоторых детей подобное отношение порождает бессильное чувство ярости и гнева, вспышки разрушительной агрессии, за которыми стоит стремление доказать свое существование, внедриться в семейное «мы» напролом. В этом случае родители могут пойти на уступки из страха перед детской агрессией, или путем ответной агрессии (чаще - физической) пытаются преодолеть ими же созданную стену отчуждения. У части детей такое родительское отношение порождает глубокое чувство собственной ненужности, одиночества. Стремясь вернуть родительскую любовь, ребенок сам стремится ограничивать собственную индивидуальность, поступаясь чувством собственного достоинства, лишаясь собственного «Я». Послушание достигается ценой обесценивания «Я», сохранения примитивной привязанности.

4. Воспитательный контроль посредством вызова чувства вины: ребенок, нарушающий запрет, клеймится родителями как «неблагодарный», «предавший родительскую любовь», «доставляющий своей мамочке столько огорчений», «доводящий до сердечных приступов» и т. д. (частный случай описанного выше воспитания в условиях повышенной моральной ответственности). Развитие самостоятельности сковывается постоянным страхом подростка оказаться виноватым в неблагополучии родителей, отношениями зависимости.

Очевидно, что большинство классификаций основаны на критериях родительского контроля и особенностей проявления эмоциональной теплоты родителей. Важными параметрами различения стилей семейного воспитания выступают также степень властности и уважения родителей в отношении детей разного возраста. Некоторые авторы дают стилям семейного воспитания одинаковые названия, но расшифровывают их по-разному. В связи с этим важно отметить, что при изучении семьи основной задачей психологов и педагогов является выявление специфики содержания внутрисемейных отношений, а не именованье стилей или типов родительского отношения. Этот тезис тем более верен, что, как отмечают многие ученые, в частности, В.С. Мухина, «В реальной жизни все еще более сложно, чем в любой классификации [41]. В семье могут быть представлены одновременно несколько стилей отношения к ребенку: отец, мать, бабушки и дедушки могут конфликтовать друг с другом, отстаивая каждый свой стиль и многое другое. Кроме стилей отношений, обращенных непосредственно к ребенку, на его воспитание оказывает безусловное влияние стиль взаимоотношений взрослых членов семьи».

Любой родитель использует большой арсенал стилей семейного воспитания, в зависимости от актуальной ситуации, однако одна или несколько тенденций в отношении к ребенку могут повторяться чаще и доминировать в семейном воспитании. Чрезвычайно важно, чтобы родительское отношение характеризовалось любовью, уважением и пониманием возрастных психологических, а также индивидуальных особенностей ребенка.

Н. Аккерман выделил три способа реагирования ребенка на угрозы, исходящие из семейного окружения [75]:

1. Агрессивное наступление (включая расстройства поведения и социопатии).
2. Уклонение от контакта с семьей, которое может приводить к рецессивному личностному развитию и аутизации.

3. Тревожное реагирование и интернализация конфликта с последующим развитием психопатий. Сильные переживания вызывают дезорганизации адаптивных функций, в результате у ребенка могут возникнуть социопатические и психосоматические тенденции.

Таким образом, анализ теоретических и экспериментальных исследований показал, что развитие детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности требует особого внимания и специального подхода. Этим детям необходимо не только медикаментозное лечение (в зависимости от степени выраженности), но и соответствующая благоприятная окружающая среда, отсутствие которой играет важную роль в формировании более тяжелой степени течения СДВГ. Таким окружением, в первую очередь, является семья, в которой проживает ребенок, и стили семейного воспитания, влияющие на его физическое и психическое здоровье. Тип семьи и семейные взаимоотношения являются управляемыми факторами, влияющими на развитие и течение СДВГ в детском возрасте, способствующими как снижению симптомов, так и развитию более тяжелой степени проявления болезни. Неблагоприятное социальное окружение может оказывать негативное влияние на психическое развитие ребенка, тем самым усиливая его внутреннее психоэмоциональное напряжение, способствуя развитию СДВГ.

1.4 Специфика группового консультирования детей старшего дошкольного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивности

Говоря о групповом консультировании детей, стоит уточнить, что такое «групповое консультирование» и его особенности в консультационном процессе.

Под групповым психологическим консультированием понимается терапевтическое взаимодействие между консультантом (несколькими консультантами) и группой клиентов, объединенных по определенным

признакам и критериям. Критерии отбора участников в одну группу зависят от консультативных и терапевтических целей и задач в конкретной группе.

Специфика групповой работы рассматривается через следующие составляющие:

1. Критерии объединения участников в группу. 2. Пространственно-временные и организационные особенности проведения групповой работы.

3. Место и роль консультанта в группе.

4. Формы применения группового консультирования.

Критериями объединения участников в группу могут быть:

1. Сходство категорий проблем участников группы, когда группу составляют участники со сходными проблемами или диагнозами.

2. Разнообразие в проблематике членов группы, предполагающее нахождение в одной группе участников с противоположными проблемами и затруднениями.

3. Однородность общих характеристик членов группы: пол, возраст, образование, черты личности, проявления в поведении и т. п.

4. Разнородность в составе группы, предполагающая продуманное разнообразие типов личности, включающее в себя наличие таких типов, как тревожный, прямолинейный, агрессивный, эмоционально-стильный, зрелый, депрессивный и др.

5. Постепенное формирование группы, то есть подбор конкретных участников для конкретной группы с учетом целей, задач и групповой динамики в данной группе, предполагающий, что изначально группу составляют 2-3 участника, а затем в соответствии с их потребностями подбираются остальные члены группы;

6. Ролевые вакансии в группе, то есть включение участника в ту или иную группу определяется тем, какие роли в данной группе не присутствуют, и соответствует ли типичное поведение предполагаемого участника потребностям группы.

Пространственно-временные и организационные особенности проведения

групповой работы:

1. Количество участников:

1.1. Минимальное количество участников, необходимое для успешной работы не менее 3-4 человек.

1.2. Максимальное количество участников группы - 10-12 человек.

1.3. Оптимальное количество участников группы - 8 человек, так как это позволяет.

1.4. Делить участников на мини-группы для осуществления каких-либо специальных групповых техник и упражнений.

1.5. Обеспечивает достаточное разнообразие ролей внутри группы.

1.6. Позволяет консультанту осуществлять эффективное руководство в группе и двигать группу в нужном для достижения поставленных целей направлении.

1.7. Позволяет каждому участнику проявить себя с временной точки зрения, то есть каждому хватит времени для проработки своих проблем, высказываний, откликов и т. п.

2. Пространственно-временные и организационные характеристики, включающие в себя:

2.1. Место для участников и обстановку в помещении. Необходимо создание физических условия, для того чтобы каждый участник.

2.2. Чувствовал себя комфортно и безопасно.

2.3. Мог слышать и видеть других участников и руководители группы.

2.4. Сам мог выбрать себе место.

2.5. Предпочтительной фигурой пространственной организации является круг, а также отсутствие столов между участниками.

3. Продолжительность сеансов и перерывов между ними, включающие следующие аспекты:

3.1. Зависимость частоты и длительности сеансов от теоретической ориентации консультанта и конкретных целей консультирования.

3.2. Зависимость продолжительности группового сеанса от частоты

встреч в неделю: чем больше встреч (2-3 раза в неделю), тем менее продолжительными они должны быть (не более 1 часа), и, наоборот, при редких (1 раз в неделю) встречах продолжительность группового сеанса возрастает (1,5-2 часа).

3.3. При ориентации групповой работы на глубинные слои личности и проработке глубоких внутриличностных затруднений и бессознательных аспектов сеансы следует проводить 3 раза в неделю по 1 часу, так как это позволяет сохранять эмоциональную вовлеченность и интенсивность межличностных взаимодействий участников группы;

4. Степень проницаемости группы для новых участников, на основе которой выделяются следующие типы групп:

4.1. Открытая группа, когда границы проникновения в группу прозрачны и участники могут приходить в группу и покидать ее по определенным причинам (достижение личных целей, решение не посещать более группу, невозможность посещения группы из-за внешних причин и т. п.).

4.2. Закрытая группа, когда состав, образованный в начале группы, остается на протяжении всего ее существования и новые участники не могут попасть в данную группу.

Выделяют следующие формы применения группового консультирования:

1. Групповые методы как дополнительный метод воздействия при акценте на индивидуальную работу с каждым клиентом.

2. Групповые методы как основные методы терапевтического воздействия, а индивидуальные консультации выступают как вспомогательные методы работы.

3. Комбинирование методов.

Место и роль консультанта в групповом консультировании очень важны и определяются следующими факторами:

1. Теоретической ориентацией консультанта:

1.1. В психоаналитических группах консультант занимает четкую структурированную позицию и осуществляет четкое руководство, направляя

процесс работы группы, предлагая темы для осуждения и т. п.

1.2. В клиент-центрированных и экзистенциальных группах консультант минимально вмешивается в работу группы, оставляя ей право выбора основных моментов и лишь используя некоторые техники воздействия, упражнения и минимальное руководство.

1.3. Целями и задачами конкретной группы, а также глубинной прорабатываемых проблем.

2. Составом групп:

2.1. Группы, ориентированные на формирование определенных навыков (социально-психологические тренинга), часто имеют жесткую структуру и план работы, в связи с этим консультанту отводится роль руководителя группы, осуществляющего жесткое и структурированное руководство.

2.2 Группы, цель которых - работа по глубинной перестройке личности, чаще имеют более гибкую структуру и ориентированы на выражение и проработку различных чувств, а задача консультанта - подведение участников к достижению инсайта и катарсиса, а эти процессы довольно сложно жестко структурировать.

Консультант как руководитель группы, независимо от того, насколько структурировано и жестко он осуществляет руководство, выполняет следующие функции:

1. Постановка проблемы, когда руководитель группы прямыми или косвенными способами формулирует тему беседы, сессий, всего процесса работы.

2. Сдерживание, когда руководитель, используя различные методы и техники, выдерживает баланс активности участников, продвигая к работе или высказыванию одних и сдерживая излишнюю активность других участников.

3. Проверка настроений, то есть выяснение баланса мнений в группе относительно того или иного вопроса, действия и т. п.

4. Разработка идей, когда высказанные участниками группы идеи и мнения дорабатываются, углубляются консультантом, что подводит участников

к более глубокому осмыслению выдвинутой идеи, высказывания или темы.

5. Ограничение, то есть напоминание группе об ограничениях в работе (временные, этические и иные ограничения).

6. Активизация, повышение мотивации участников группы на работу и прорабатывайте своих проблем и поставленных задач, а также общая активизация группы.

7. Обслуживание группы, то есть выполнение административных, организационных и хозяйственных обязанностей.

8. Содержательное участие, то есть принятие наряду с руководящей позицией позиции равного участника группы в момент обсуждения различных тем и вопросов.

9. Ускорение прогресса группы и применение для этой цели следующих средств воздействия:

– инициатива, когда руководитель предлагает новые идеи для обсуждения на основе "внутренних" смыслов высказываний участников группы;

– поправки, то есть внесение корректировок в обсуждение темы; поддержка, осуществляемая с целью принятия той или иной продуктивной идеи, выдвинутой кем-то из участников, всей группой;

– сопротивление, оказание влияния на группу с целью отклонения или оспаривания той или иной непродуктивной идеи; обобщение, объяснение или прояснение содержания идеи, демонстрация контрастности или схожести идей, то есть аналитическая деятельность;

– вопросы, которые может задавать консультант с целью прояснения ситуации или проблемы, а также направления обсуждения в нужное русло;

– отвлечение, когда руководитель закрывает обсуждение той или иной темы различными способами - прямыми или косвенными замечаниями, шуткой и т. п.;

– контроль, когда руководитель ограничивает активность одних и повышает и развивает активность других участников группы;

– информация, то есть предоставление группе информации различного

рода.

Виды группового консультирования:

1. Психотерапевтические группы.
2. Группы встреч.
3. Группы психологического тренинга.

Детская психотерапия включает методы наиболее эффективные при работе с детьми в возрасте от 2 до 11 лет. Игровая терапия является одним из основных и ведущих методов, которые применяются в детской психотерапевтической практике. Этот метод наиболее успешно проводится у детей в возрасте от 2-х до 11-ти лет.

Игровая терапия - психотерапевтическое направление, которое использует психотерапевтическое воздействие игры, чтобы помочь детям и подросткам предотвратить или разрешить психосоциальные трудности и добиться оптимального роста и развития. Игровые терапевты считают, что лечение считается эффективным, когда ребенок демонстрирует способность играть активно и с радостью, именно это делает игровую терапию уникальной.

Функции игровой терапии:

1. Биологическая позволяет ребенку приобрести новые навыки (хождения, ползания).

2. Внутрличностная удовлетворяет потребность в деятельности и позволяет ребенку овладеть различными навыками поведения в разных ситуациях, посредством символических действий и удовлетворения желаний учит ребенка справляться с внутренними конфликтами.

3. Межличностная функция позволяет детям взаимодействовать и освоить многие социальные навыки.

4. Социальная функция помогает ребенку узнать о своей культуре, и о ролях исполняемых людьми, которые его окружают.

История развития игровой психотерапии.

Первые сеансы игровой терапии с детьми проводил Зигмунд Фрейд в 1909 г., работая с фобическими реакциями теперь знаменитого пациента,

маленького Ганса[51]. Игровая деятельность не применялась в детской психотерапии до 1919 г. В 1919 г. ее стали использовать в Германии представители психоаналитического направления: Зигмунд Фрейд и его последователи. В 1928 г. Анна Фрейд начала применять игровую терапию во время сеанса, чтобы заинтересовать детей, и для построения прочных, позитивных отношений между ребенком и психотерапевтом. В 1932 г. Мелани Кляйн предлагала использовать игровую терапию вместо вербального взаимодействия между ребенком и психотерапевтом [43]. Она считала, что подобное взаимодействие способствует формированию рабочего союза «ребенок–психотерапевт».

В период с тридцатых по пятидесятые годы прошлого столетия появилось множество новых теорий и методов игровой психотерапии. Карл Леви использовал в 1938 г. технику «освобождающей терапии» для лечения детей, перенесших специфические психотравмирующие ситуации [87]. Во время сеанса игровой психотерапии он предлагал ребенку игрушки и материалы, при помощи которых можно было воссоздать психотравмирующее событие в игре. Пользуясь предоставленными безопасностью, поддержкой и верно подобранными материалами, ребенок снова и снова разыгрывает травматическое событие, пока не сможет принять связанные с ним негативные мысли и чувства.

В 1938 году была создана техника «активной игровой терапии» предназначенная для работы с импульсивными детьми и детьми, склонными к оппозиционному поведению, проявлению агрессии в отношении сверстников и аутоагрессии по отношению к себе. Помощь ребенку в выражении его ярости и страха посредством игры имеет позитивный эффект, т.к. ребенок может отреагировать свои эмоции, не опасаясь последствий. При взаимодействии с психотерапевтом ребенок учится перенаправлять энергию, прежде использованную на выражение отрицательных эмоций, на более адекватные игровые типы поведения (груша для бокса, игра в мяч).

Многие известные психотерапевты, психологи Г. Аспергер, К. Хорни, Э. Фромм, С. Салливан высказывались против психоаналитических концепций и отмечали, что ребенку необязательно в деталях вспоминать пережитую психотравмирующую ситуацию, а можно отработать ее более завуалировано, за счет обычных игровых действий [51].

В 40 годы Карл Роджерс разработал клиент-центрированный подход к терапии взрослых и модифицировал его в технику недирективной игровой терапии [63]. В основе данного направления лежит понятие, что родители могут взаимодействовать со своими детьми через игровые действия и таким путем устранять внутренние конфликты, страхи у ребенка, межличностные конфликты (ребенок–взрослый). Родитель выполняет в игровых ситуациях главную роль (роль психотерапевта). У психотерапевта роль наблюдателя. Сессии игровой терапии могут проводиться в домашних условиях.

В современной игровой психотерапии выделяют следующие направления:

1. Психоаналитическое направление.
2. Гуманистическое направление.
3. Когнитивно -поведенческое направление.
4. Дочерняя терапия.
5. Развивающая игровая терапия.
6. Терапия реальности.

Когнитивно-поведенческая игровая терапия. Последние современные разработки поведенческого направления игровой терапии проводились в девяностые годы и принадлежат психологу Сьюзен Кнелл [32]. Во время игровых сеансов применяются методы поведенческой терапии: оперантные, базирующиеся на вознаграждении, систематической десенсибилизации, направленные на постепенное преодоление страхов. Игра является посредником между ребенком и психотерапевтом и способствует заключению рабочего союза между ними, который базируется на глубокой эмпатии и взаимодоверии. В процессе психотерапии у ребенка постепенно формируются

новые позитивные установки и активная модель поведения, направленные на преодоление психотравмирующей ситуации. Также в процессе игры происходит трансформация негативных установок, страхов, избегающих форм поведения, связанных с психотравмирующей ситуацией.

Игровая терапия является одним из основных и ведущих методов, применяемых в детской практике. Игра как терапевтическое средство подходит для лечения детей в возрасте от 3-х до 14-ти лет и особенно эффективна для возрастной группы 5–11 лет.

Игровая терапия имеет 4 этапа.

1 этап. Представляет собой заключение рабочего союза между ребенком и психотерапевтом. Ребенку для вербального, эмоционально-игрового самовыражения предоставляется пространство, свободное от оценок и ограничений, где могут проявляться его эмоциональные и поведенческие особенности, то есть самовыражение, что необходимо для развития навыков социальной адаптации. Между ребенком и терапевтом устанавливается рабочий союз, базирующийся на симпатии, взаимодоверии. Первый этап психотерапии длится от 1 до 4 сеансов.

2 этап. На втором этапе психотерапии ребенок отыгрывает свое прошлое: страхи, переживания, комплексы, негативные установки, которые возникли в условиях острой или хронической психотравмирующей ситуации, по поводу которой родители ребенка обратились к психотерапевту. Ребенок отрабатывает негативные установки и старые модели поведения, приобретенные на более ранних возрастных этапах, и мешающие социальной адаптации ребенка в настоящий момент. На данном этапе формируются новые позитивные установки, направленные на преодоление психотравмирующей ситуации и новые модели активного поведения. Длительность второго этапа зависит от глубины расстройства и сложности психологической проблемы ребенка и в среднем составляет от 4 до 8 сеансов.

3 этап. На третьем этапе происходит глубокое творческое раскрытие ребенка за счет игровой деятельности. Следовательно, происходит

трансформация страхов, комплексов, негативных установок. Ребенок закрепляет позитивные установки и активные модели поведения. Длительность третьего этапа в среднем составляет от 4 до 6 сеансов.

4 этап. В ходе игровой деятельности ребенок проявляет активные формы поведения, направленные на частичное или полное преодоление психотравмирующей ситуации. На четвертом этапе психологическая проблема ребенка может быть разрешена.

Главная цель игровой психотерапии - улучшение навыков социальной адаптации за счет влияния на развитие мотивационных, поведенческих процессов в условиях реальности через игровую деятельность. В зависимости от возраста ребенка и, соответственно, степени развития сознания, можно выделить пять последовательных стадий развития, на каждой из которых ставятся те или иные цели в развитии навыков социальной адаптации.

1 стадия. Возраст 0-2 года. Основная цель данной стадии - научить ребенка реагировать на окружающую среду и доверять ей. На данной стадии ребенок учится взаимодействовать с окружающим миром. Ребенок осознает факт существования других людей и присматривается к их поведению. Прежде всего происходит установление контакта с взрослыми людьми, что выражается в ответной реакции ребенка на взрослого, который произносит его имя или в ответ на вербальную или невербальную просьбу. В то же время ребенок сам пытается вступить в контакт с окружающими его людьми, произносит узнаваемые отдельные слова или осмысленную узнаваемую последовательность слов в ходе игровой деятельности, чтобы получить от взрослого или другого ребенка желаемую реакцию или назвать какой-либо объект. Кроме того, на данной стадии в ходе игровой психотерапии малыш самостоятельно включается в организованную игру, в которой он сам является единственным участником. Все вышеперечисленное способствует становлению и развитию личности ребенка.

2 стадия. Возраст 2-6 лет. Основная цель - научиться индивидуальным навыкам. На данном этапе ребенок вначале может спонтанно участвовать в

специфической игровой деятельности одновременно с другими детьми, используя похожие материалы, но не вступая во взаимодействие. Затем необходимо инициировать минимальное социальное взаимодействие с другим ребенком. Далее ребенок начинает участвовать в вербальной беседе и интерактивной игре с другим ребенком, а также сотрудничает с ним в ходе организации деятельности. Кроме того, в данном случае социальная адаптация выражается и в умении ждать без физического принуждения со стороны взрослого.

3 стадия. Возраст 6-9 лет. Основная цель - научиться применять индивидуальные навыки, находясь в группе. На этой стадии ребенок учится воспринимать моделируемое другими детьми адекватное поведение и участвовать в деятельности, предложенной другим ребенком, без негативных реакций. Он начинает делиться и соблюдать очередь, не демонстрируя стенания и жалоб. При установлении контакта с другими детьми ребенок демонстрирует проявление дружеских симпатий к отдельным детям, стремится помочь другому ребенку или похвалить его. Дети начинают сами проводить или показывать некоторые упражнения для групповой деятельности, помогают другим в соблюдении правил. Начинают формироваться ценностные суждения по отношению к простым социальным ситуациям, такие как правильно/неправильно, хорошо/плохо, честно/нечестно. Ребенок учится описывать опыт своих достижений, соблюдая логическую последовательность событий.

4 стадия. Возраст 9-12 лет. Цель - научиться ценить свою группу. Ребенок идентифицируется с взрослыми лидерами, героями или другими реально существующими людьми. Он демонстрирует уважение к мнениям других, открыто проявляет интерес к мнениям сверстников о нем, выдвигает конструктивные решения в ответ на возникающие межличностные или групповые проблемы. При взаимодействии с другими детьми ребенок по своему желанию предлагает им некоторое адекватное занятие. Таким образом, он обретает навыки социальной адаптации в среде сверстников. Ребенок

начинает описывать групповой социальный опыт, соблюдая логическую последовательность событий; выражает осознание социального поведения других, отличающегося от его собственного в подобной ситуации; узнает и различает противоположные ценности в социальных ситуациях. На данной стадии ребенок уже достаточно большой, чтобы делать для себя выводы из возникающих ситуаций, а, следовательно, и накапливать опыт поведения при взаимодействии с другими людьми и необходимые для данного возраста навыки социальной адаптации.

5стадия. Возраст 12-14 лет. Цель - научиться применять индивидуальные и групповые навыки в новых ситуациях. Подростки демонстрируют понимание ситуаций, мыслей, чувств и точек зрения других людей и уважение к ним (эмпатия); способность поддерживать зрелые индивидуальные и групповые отношения, в которых существует взаимное подкрепление. Они участвуют во взаимоотношениях, выступая во многих разнообразных ролях в ситуациях, имитирующих события из их жизни; делают личные выборы в социальных ситуациях, основываясь на собственных ценностях и принципах. Подростки начинают понимать свою личность, описывая цели, соответствия, несоответствия и непоследовательности между тем, кто они есть, и тем, какими они хотели бы быть.

Игровая терапия способствует социальной адаптации личности, развивая внутриличностные и межличностные функции. Из внутриличностных функций игровая терапия обеспечивает, во-первых, удовлетворение «жажды деятельности», т.к. человек постоянно испытывает потребность в каком-либо занятии. Во-вторых, игровая терапия позволяет ребенку овладеть навыками поведения в различных ситуациях, исследовать среду, окружающую его. В-третьих, посредством символических действий и удовлетворения желаний игровая терапия учит ребенка справляться с конфликтами, проигрывая и нейтрализуя данные события. Таким образом, игровая терапия является ведущим методом в психокоррекционных мероприятиях у детей и подростков

при решении сложных психологических проблем и формировании навыков социальной адаптации.

Недирективная игровая терапия. Недирективность психологического процесса означает отсутствие указаний действиям, советам, прямым и непрямым влияниям. В основе метода лежит личностно-ориентированная модель Карла Роджерса. По данной модели прорабатываются расстройства, при которых сфера чувств, сфера опыта недостаточно развиты или искажены, что приводит к несогласованности структуры личности и опыта, значительно снижает адаптивные навыки. Цель психотерапии - восстановить эти отдельные друг от друга сферы и устранить самоотчуждение. В процессе психотерапии цель достигается за счет свободы эмоциональных проявлений. Принятие, понимание, сопереживание психотерапевта - три основных принципа терапии, составляющие основу недирективного метода.

Форма проведения. Ребенку для вербального, эмоционального игрового самовыражения предоставляется пространство, свободное от оценок и ограничений, где могут легко проявиться в виде его эмоциональные и поведенческие особенности, фантазии и представления об определенных событиях реальной жизни. Наблюдая за игрой, психотерапевт понимает личностные особенности ребенка, его внутренние проблемы. Между ребенком и терапевтом устанавливается рабочий союз, базирующийся на симпатии и взаимодоверии. Психотерапевт присоединяется к ребенку на чувственном уровне, служит проводником во внутренний мир ребенка и помогает ему познавать себя с учетом ранимости и восприимчивости индивида. То есть ребенку за счет игровой терапии предлагается возможность создать новые модели поведения и способы социального функционирования, так как психотерапевт формирует новый тип межличностных отношений, основанный на эмпатии и признании пациента, и предоставляет ему самому свободно выбирать роль и форму социальных отношений.

Глубинно-ориентированная игровая терапия: Начало аналитической терапии у детей было разработано З. Фрейдом и направлено на толкование

детских сновидений. Его последователями в разработке игровой психотерапии стали: Анна Фрейд, Мелани Клейн, Анна Дюрсен и другие. Они придерживались различных мнений в отношении возможности толкования игровой деятельности ребенка для определения адаптивных навыков личности в социуме. М. Клейн считала, что игра - это символический язык, и игровая деятельность ребенка доступна для символического толкования [32]. Ганс Цулигер отказывался от символического толкования игровых действий и давал им конкретное объяснение. Дюрсен считал, что игровая деятельность ребенка должна сопровождаться объяснениями, регулирующими поведение ребенка [67]. Анна Фрейд рассматривала игру не только как символический язык, и считала, что интерпретировать игровые действия нужно осторожно и сдержанно, учитывая уровень адаптации ребенка в определенных ситуациях.. В процессе глубинно-ориентированной терапии идет символическое выявление латентных (скрытых) конфликтов, их объяснение, осознание.

Форма проведения. Символическая игра является модификацией глубинно-ориентированного метода в детской практике. Игровой материал не структурированный, аморфный стимулирует творческие способности и поведение, способствующее самовыражению ребенка. Ребенку с выраженными невротическими расстройствами, неуверенному в своих силах самовыражение при помощи аморфного материала может даваться с трудом, поэтому ему предлагается оформленный материал. Например: игры с куклами подходят для символического отражения мира детских переживаний. Понять, насколько быстро ребенок привыкает к новой для него обстановке, можно оценивая его способность использовать в игре аморфный, неструктурированный материал. Ребенок, который легко принимает новое, неожиданное, сразу начинает игру с необычным для него игровым материалом. Ребенок, склонный к стереотипам и плохо принимающий изменения, начинает играть с игрушками, знакомыми ему раньше, по отработанной ранее схеме сюжетно-ролевой игры. Аморфный материал может длительное время игнорироваться, до привыкания к нему (3-6 сеанс психотерапии).

Директивная игровая терапия - игры с определенными правилами, которые обязательно должны соблюдаться, улучшают социальную адаптацию. С группой детей применяются совместные игры (прятки, догонялки).

Сюжетно-ролевая игра способствует улучшению социальной адаптации ребенка. При совместной директивной игре дети общаясь, учатся уступать друг другу, учитывать мнение других, действовать, соблюдая правила. Существенным дополнением для улучшения навыков социальной адаптации к директивному и глубинно-ориентированному направлениям игровой терапии явилось применение нами метода ролевых, сюжетных игр, разработанного Д.Б. Элькониным [74]. Форма проведения. В качестве основных структурных элементов игры выделяют воображаемую ситуацию, роль и реализующие ее игровые действия. Основу роли в развитой сюжетно-ролевой игре составляют не предметы, а отношения между людьми. В структуре игровой деятельности различаются такие компоненты, как сюжет и содержание игры. Сюжет игры - область действительных или фантастических представлений (мечта, иллюзия, страх и т.д.), которые воспроизводятся детьми в игре. Содержание игры - то, что воспроизводится ребенком в качестве центрального, характерного момента деятельности и отношений между детьми и взрослыми. Данное направление игровой терапии применяется нами в сочетании с недирективным и глубинно-ориентированным методами, что особенно эффективно при работе со сложными психологическими ситуациями и с неврозами у детей, когда навыки социальной адаптации снижены. Когнитивно-поведенческая игровая терапия.

В настоящее время одним из ведущих направлений детской психотерапевтической практики является когнитивно-поведенческая игровая терапия (КПИТ), которую можно рассматривать как один из вариантов директивного метода. Основные разработки в области данного направления принадлежат американскому психотерапевту Сьюзен Кнелл и сделаны в девяностые годы.

Цель детской поведенческой игровой терапии - выявить те паттерны подкрепления, последствий и когнитивных установок, которые формируются в

прошлом ребенка и поддерживают несоответствующее уровню развития поведение, и затем заменить их соответствующими возрасту моделями поведения. Поведенческая игровая терапия применяется в работе с детьми различного уровня развития с разнообразными формами неадаптивного поведения: СДВГ, ОВР, при наличии вредных привычек, тревожно-фобических расстройств и т.д. У ребенка с невротическим расстройством фантазии являются источником иллюзии, самообмана. На их основе часто формируются избегающие формы поведения. За счет сюжетно-ролевой игры происходит проигрывание сложной ситуации и создаются предпосылки для формирования потребности ее преодолеть. Новый, позитивный вариант разрешения сложной ситуации воплощается ребенком в сюжет игры и проигрывается с использованием аморфного и оформленного материала при ощущении поддержки, принятия со стороны психотерапевта. В игре формируется новая, активная модель поведения, направленная на преодоление психотравмирующей ситуации.

В ходе игровой психотерапии может использоваться ряд дополнительных психотерапевтических техник: сказкотерапия, арт-терапия, обучение уверенности, релаксации. Центральное место в этом примере занимает сюжетно-ролевая игра в рамках когнитивно-поведенческой игровой терапии (КПИТ). То есть игровая психотерапия в сочетании с дополнительными методами (сказкотерапия, поведенческая терапия) улучшает социальную адаптацию детей, страдающих пограничными нервно-психическими расстройствами, что видно при динамическом наблюдении за изменением поведения ребенка. На первых сеансах более эффективными являются глубинно-ориентированный, недирективный метод, сложно-ролевою игру ребенок начинает применять в конце.

В начале при проведении занятий специалист сам организывает ребят, строго обозначает правила взаимодействия, постепенно дети должны научиться самоорганизации. Вначале ведущий берет инициативу на себя, постепенно она должна перейти к детям. Необходимо поддерживать самостоятельность и

активность детей. При проведении занятий важна позиция ведущего при взаимодействии с детьми.

Можно выделить 3 основные коммуникативные позиции (Е.А. Кроник, А.А. Кроник, Н.В. Самоукина): позиция «над», позиция «наравне» и позиция «под» [18].

При работе с детьми дошкольного возраста наиболее оптимально взаимодействие по типу «над», которое характеризуется тем, что ведущий выступает активным, доминирующим субъектом общения. Он проявляет инициативу, осуществляет управление, контроль и планирование ситуации, реализует свои цели. Здесь партнер по коммуникации (ребенок) зависим от ведущего, он подчиняется требованиям. Такой позиции при взаимодействии наиболее целесообразно придерживаться в начале проведения цикла занятий, что позволяет организовать ребят и поддерживать дисциплину. Однако такое взаимодействие приводит к подавлению творческой активности учащихся, к трудностям при их самораскрытии. Поэтому при установлении правил работы в группе возможно использовать взаимодействие типа «наравне», которое предполагает равноправные отношения с партнером по коммуникации. В этом случае все участники общения проявляют инициативу и активность, стараются учитывать цели и интересы друг друга, вступают в отношения взаимозависимости. Такой тип взаимодействия способствует самораскрытию ребят, созданию доверительной обстановки при работе. Но полное равноправие специалиста с детьми может обернуться анархией на занятиях, непослушанием ребят и даже увеличением числа асоциальных поступков. Выполнение любого упражнения предваряет показ ведущего. Словесная инструкция сопровождается демонстрацией действий. Вначале дети выполняют задания по образцу, затем переходят к собственной инициативе.

Обязательным условием проведения занятия является участие каждого. Роль ведущего при выполнении упражнений чередуется таким образом, чтобы каждый ребенок смог ее попробовать. В процессе работы по необходимости

детям предлагаются разные виды помощи: стимулирующая, направляющая, обучающая.

Стимулирующий вид необходим, когда ребенок не включается в работу. В этом случае специалист одобряет ребенка, вселяет уверенность в его способности справиться с работой. Если ребенок затрудняется делать первый шаг и выполнять последующие действия, необходима направляющая помощь. При этом ведущий или обращает внимание ребенка на решение аналогичного задания или помогает наметить план действий.

Обучающая помощь актуальна, когда надо показать, что и как делать для того, чтобы выполнить задание. Для формирования у детей положительного эмоционального отношения к разнообразным действиям и к работе в целом необходимо придерживаться следующей схемы: от групповых действий, когда инициатива полностью принадлежит специалисту, к индивидуальной активности ребенка; от цели, заданной извне (педагогом) к коллективному и далее индивидуальному целеобразованию с соответствующим эмоциональным отношением к процессу; от оценки ведущего к коллективной оценке и далее к индивидуальной самооценке; от поощрения специалиста к одобрению коллектива и далее к личным положительным эмоциям. В процессе занятий необходимо побуждать каждого ребенка к высказыванию. Этому может способствовать заинтересованность ведущего в каких-либо мелочах, значимых для ребенка, важен искренний интерес к происходящему. Одним из механизмов этого является обратная связь. Обратная связь представляет собой информацию о влиянии поведения на других людей. Обратная связь осуществляется, когда один человек или группа сообщает о своих реакциях на поведение других с целью коррекции поведенческих реакций. Для этого необходимо создавать психологически комфортную, доверительную обстановку.

Каждому ребенку необходимо давать время для высказываний. Здесь могут наблюдаться 2 варианта крайностей – когда ребенок не хочет говорить или говорит слишком много и не совсем по теме, привлекая общее внимание. В первом случае не надо настаивать на обратной связи, при каждой возможности

необходимо оказывать ребенку эмоциональную поддержку, стимулировать к высказыванию, использовать помощь группы.

Во втором случае ребенку можно напомнить, что нас много и каждому надо высказаться, попросить ребенка говорить самое главное. Для активизации участников в групповом обсуждении можно использовать процедуры следующих типов: высказывание по кругу, высказываться за определенный промежуток времени (например, каждый высказывается в течение 10-15 сек), метод эстафеты - каждый передает слово тому, кому считает нужным.

При проведении занятий необходимо опираться на основные механизмы, которые лежат в основе терапевтических возможностей групповой работы (С. Кратохвилл).

Во-первых, принадлежность к группе может снимать напряжение и способствовать преодолению трудностей. Во-вторых, важно оказывать детям эмоциональную поддержку. Благодаря этому возникает атмосфера взаимной заинтересованности, доверия и понимания, что способствует ослаблению защитных механизмов. Эмоциональная поддержка содействует стабилизации самооценки, повышению самоуважения у детей. В-третьих, помощь остальным участникам повышает ощущение своей необходимости, полезности, помогает формированию адекватной самооценки, уверенности в себе. В-четвертых, во время занятий необходимо стимулировать эмоциональное реагирование детей, т.е. свободное выражение собственных эмоций. Это позволяет лучше понять собственные эмоциональные переживания, модификацию способа переживаний и эмоционального реагирования. Во время занятий используется стимуляция (после правильного выполнения задания или в конце занятия ведущий выставляет «оценки» в виде символов (кружки, флажки), которые психолог рисует либо на корабле под именем или на нарисованных детьми домах, ладошках с подписанными именами участников). Занятия проходят в групповой форме, с использованием подвижных и сюжетно-ролевых игр, продуктивной деятельности (рисунок, конструирование). Проективное рисование позволяет работать с мыслями и чувствами, которые участник не

осознает по тем или иным причинам, усиливает внимание к чувствам. Важно, что в процессе предметной деятельности дети могут отреагировать свои негативные эмоции. Реакция ведущего и группы детей позволяют детям корректировать свое поведение и формировать более адаптивные способы взаимодействия с окружающими. Занятия лучше проводить в специальном помещении, в котором участники могут свободно располагаться и перемещаться. Для проведения занятий необходимо: магнитофон, аудиокассеты с музыкой для релаксации и с другими музыкальными темами, обозначенные в информационно-мотивирующих материалах, палас, ковер на полу или специальные коврики, на которых дети могут лежать и сидеть. Занятия проходят в игровой форме. Чтобы ребят больше заинтересовать, все игры на одном занятии объединяются одним сюжетом. Например, «Путешествие на необитаемый остров», «Приключения в джунглях» и т.д. По окончании занятия каждый ребенок делится своим впечатлением о занятии и описывает свое настроение. Необходимо побуждать каждого участника к высказыванию, для этого осуществляется обратная связь.

Также в групповую терапию может быть включена совместная деятельность родителей и детей. Совместная деятельность – это взаимодействие взрослого и ребенка на равных, в одном деле, в котором оба они заинтересованы, оба прикладывают усилия и трудятся. Нет главного, т.е. родитель не командует и не направляет действия ребенка. Прелесть такого общения - в полном равноправии и получении удовольствия от процесса.

Понятие совместной деятельности взрослого и ребенка вошло в современную типологию детских видов деятельности, представленную в федеральном государственном образовательном стандарте дошкольного образования от 17 октября 2013 года. Следует отметить, что деятельность двух и более участников образовательного процесса (взрослого и воспитанников) на одном пространстве в одно и то же время предполагает подгрупповую и фронтальную формы организации работы с воспитанниками.

Выделяют следующие признаки плодотворной совместной деятельности:

1. Полное внимание родителей. То есть без телефонов, общения с другими и покупок в магазине. Не важно, 5, 10 или 15 минут, но взрослый сейчас полностью принадлежит ребенку.

2. Игра не только по правилам взрослого. Ребенку важно быть равноправным участником общения с взрослым, а для этого у него должна быть возможность менять правила, устанавливать свои или вообще играть без правил. В еде, режиме дня, вопросах здоровья у него не так много возможностей на что-то влиять.

3. Возможность ошибаться. Опыт проживания ошибок крайне важен для гармоничного психологического развития ребенка. Важно учиться с детства тому, что делать ошибки — это нормально, это не конец света и не признак личной несостоятельности.

4. Возможность проигрывать – еще одно качество, которое тяжело развивается у детей. Никто не хочет проигрывать! Но по-другому в жизни не бывает. Деятельность взрослого и ребенка дает возможность учиться этому в безопасных для ребенка условиях.

5. Шанс обсудить то, что происходит, слышать и быть услышанным. Ребенку очень важно общение, он чувствует себя «заметным», важным для взрослого, а это влияет на общее самоощущение и самооценку.

Таким образом, прежде чем выстраивать групповую консультацию с детьми с СДВГ важно учитывать форму СДВГ, отношения в семье, изучить портрет родителя и ребенка.

ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ I

Таким образом, теоретический анализ литературы по теме исследования показал, что:

1. История развития СДВГ началась в 17 веке и впервые данный синдром рассматривался как поведенческое расстройство о котором писал в своем трактате Джон Локк в 1693 году. На сегодняшний день СДВГ входит в Международную классификацию болезней. В обновленной версии МКБ-11, вступившей в силу в 2019 году, СДВГ относится к нейроонтогенетическим расстройствам. В симптомокомплекс СДВГ входит: гиперактивность, импульсивность и дефицит внимания. Синдром относится к пограничным расстройствам и находится в центре внимания медицинских, психологических и педагогических исследований.

2. По мнению И.П. Брызгунова, Е.В. Касатиковой: «Начиная с детсадовского возраста необходимо выявить детей с СДВГ и консультировать родителей о необходимости коррекции дефицита психических функций до поступления в школу. Возраст 5-6 лет является наиболее благоприятным для компенсации нарушенных функций внимания, двигательного контроля, саморегуляции».

Итак, до 7-летнего возраста пластичность мозговых систем из-за отсутствия жестких мозговых связей имеет огромный аутокоррекционный потенциал. Именно поэтому важно проводить работу с детьми старшего дошкольного возраста, а не с младшими школьниками, когда проблема дезадаптации уже проявляется в полной мере.

3. Тип семьи и семейные взаимоотношения являются управляемыми факторами, влияющими на развитие и течение СДВГ в детском возрасте, способствующими как снижению симптомов, так и развитию более тяжелой степени проявления болезни. Неблагоприятное социальное окружение может оказывать негативное влияние на психическое развитие ребенка, тем самым

усиливая его внутреннее психоэмоциональное напряжение, способствуя развитию СДВГ.

4. Под групповым психологическим консультированием понимается терапевтическое взаимодействие между консультантом (несколькими консультантами) и группой клиентов, объединенных по определенным признакам и критериям. В контексте работы с детьми с СДВГ и их родителями наиболее эффективным видом группового психологического консультирования является детская психотерапия. Она включает методы наиболее эффективные при работе с детьми в возрасте от 2 до 11 лет. Игровая терапия является одним из основных и ведущих методов, которые применяются в детской психотерапевтической практике. Этот метод наиболее успешно проводится у детей в возрасте от 2-х до 11-ти лет.

5. Также в групповую терапию детей с СДВГ старшего дошкольного возраста важно включить совместную деятельность родителей и детей. Понятие совместной деятельности взрослого и ребенка вошло в современную типологию детских видов деятельности, представленную в федеральном государственном образовательном стандарте дошкольного образования от 17 октября 2013 года.

Глава II Организация опытно-экспериментальной работы, направленной на коррекцию проявлений синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста и их родителей в процессе группового консультирования

2.1 Методики, процедуры исследования проявлений гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста и их родителей

На основе теоретического анализа синдрома дефицита внимания и гиперактивности в старшем дошкольном возрасте нами была сформулирована цель экспериментального исследования - выявить особенности детей старшего дошкольного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивности, проанализировать стиль воспитания родителей, разработать программу коррекционных встреч для детей старшего дошкольного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивности и их родителей.

Изучение симптомов СДВГ было проведено на базе одного детского центра г. Красноярск. В исследовании принимали участие дети старшего дошкольного возраста в количестве 25 человек в возрасте от 5 до 7 лет.

На первом этапе исследования приняли участие 25 детей старшего дошкольного возраста, посещающих детский центр «Лесенка». С целью отбора детей для исследования нами была разработана и апробирована диагностическая система для сбора психологического анамнеза о проявлении и происхождении СДВГ у детей (исследование медицинских карт, скрининговые опросники для педагогов и родителей, опросник состояния матерей и детей в пренатальный, интранатальный и постнатальный периоды, наблюдение за поведением детей и исследование продуктов деятельности).

Нами были изучены личные медицинские карты воспитанников детского центра с целью сбора анамнеза «гиперактивность», «СДВГ». По результатам исследования в группе из 25 человек было выявлено 5 детей с симптомами СДВГ, что составило 20%.

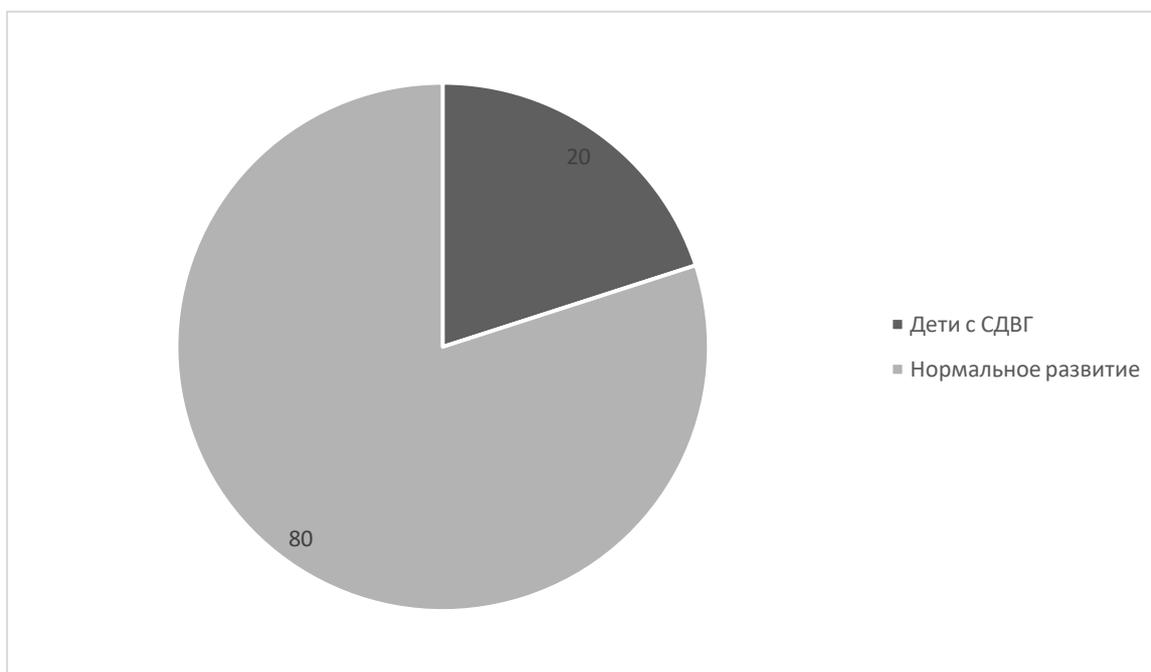


Рис.1. - Процентное содержание симптоматики испытуемых детей по результатам анализа медицинских карт

Все 5 детей стоят на учете у невролога, у троих из них поставлен диагноз «гиперкинез». В детском учреждении работу с ними проводит логопед-психолог. Дальнейшая работа проводилась с этими 5 детьми.

На основании анализа научной литературы нами были выделены критерии и уровни синдрома дефицита внимания и гиперактивности.

Таблица 1. - Критерии для выявления синдрома дефицита внимания и гиперактивности

Критерий	Уровни			Методики
	Высокий	Средний	Низкий	
Гиперактивность	Наблюдается чрезмерная моторная активность, создает много шума и суеты	Испытывает трудности в соблюдении правил, чаще их нарушает, суетлив	Соблюдает правила, умеет играть тихо,	ШКАЛА ОЦЕНКИ СДВГ – КРИТЕРИИ МКБ 10 Версия для родителей и воспитателей Н. К. Сухотина, Т. И. Егорова

Продолжение Таблицы 1

Импульсивность	Ребенок принимает очень небольшую часть цели, но почти сразу же теряет ее, ошибок не замечает и не исправляет	Ребенок принимает цель задания частично и не может ее сохранить во всем объеме до конца занятия, не устраняет ошибок и в специально отведенное для проверки время в конце занятия, ограничивается беглым просмотром написанного	Ребенок принимает задание полностью, во всех компонентах, сохраняет цель до конца занятия; работает сосредоточенно, не отвлекаясь, примерно в одинаковом темпе	Анкета «Признаки импульсивности»
Дефицит внимания	преждевременное прерывание заданий, смена одной деятельности на другую Низкая степень сосредоточенности внимания на одних объектах и отвлечения от других (медленный темп выполнения заданий).	В течение достаточного (среднего) времени дошкольник сохраняет состояние внимания, равномерный темп выполнения задания. Средняя степень сосредоточенности внимания на одних объектах и отвлечения от других	В течение длительного времени дошкольник сохраняет состояние внимания на каком-либо предмете деятельности. Высокая степень сосредоточенности и внимания на одних объектах и отвлечения от других	Методика Пьерона-Рузера

Для проведения исследования мы использовали следующие методики:

1. Анкета «Признаки импульсивности».

Цель: определение уровня импульсивности ребенка.

Инструкция: заполните анкету, отвечая "да" или "нет".

Импульсивный ребенок:

1. Всегда быстро находит ответ, когда его о чем-то спрашивают (возможно, и неверный).

2. У него часто меняется настроение.

3. Многие вещи его раздражают, выводят из себя.

4. Ему нравится работа, которую можно делать быстро.

5. Обидчив, но не злопамятен.

6. Часто чувствуется, что ему все надоело.

7. Быстро, не колеблясь, принимает решения.

8. Может резко отказаться от еды, которую не любит.

9. Нередко отвлекается на занятиях.

10. Когда кто-то из ребят на него кричит, он кричит в ответ.

11. Обычно уверен, что справится с любым заданием.

12. Может нагрубить родителям, воспитателю.

13. Временами кажется, что он переполнен энергией.

14. Это человек действия, рассуждать не умеет и не любит.

15. Требуем к себе внимания, не хочет ждать.

16. В играх не подчиняется общим правилам.

17. Горячится во время разговора, часто повышает голос.

18. Легко забывает поручения старших, увлекается игрой.

19. Любит организовывать и предводительствовать.

20. Похвала и порицание действуют на него сильнее, чем на других.

Для получения объективных данных необходимо, чтобы 2-3 взрослых человека, хорошо знающих ребенка, оценили уровень его импульсивности с помощью данной анкеты. Затем надо суммировать все баллы во всех исследованиях и найти средний балл.

Результат 15-20 баллов свидетельствует о высокой импульсивности, 7-14 - средней, 1-6 баллов - низкой.

2. Опросник по шкале оценки СДВГ-критерии МКБ-10 в интерпретации Н.К. Сухотиной и Т.Е. Егорова.

С целью проведения диагностики особенностей поведения детей с синдромом гиперактивности и дефицита внимания у детей, не имеющих выраженных проблем проводился опрос родителей по шкале оценки СДВГ - критерии МКБ-10 в интерпретации Н.К. Сухотиной и Т.Е. Егорова [Приложение]

Опросник содержит перечень вопросов возможных нарушений поведения при СДВГ. Этот опросник можно использовать для оценки поведения дома, а также с его помощью возможно наблюдать за улучшением поведения ребенка на фоне психолого-педагогического воздействия.

Для каждого вопроса (от 1 до 18) выберите ту оценку, которая наилучшим образом подходит к особенностям поведения вашего ребенка. Возможно использование следующих оценок: часто - 3 балла, не часто - 2 балла, иногда - 1 балл, никогда - 0 баллов.

Невнимательность определяется пунктами: 1,3,5,7,9 11,13,15,17.

Гиперактивность: 2,4,6,8, 10

Импульсивность: 12,14,16,18.

Методика тестирования обязательно включает предварительное ознакомление родителей и воспитателей/учителей с основными сведениями, касающимися СДВГ у детей, целями и задачами тестирования. Без вводной части сама процедура тестирования может быть неправильно истолкована, что приведет к эмоциональным искажениям при оценке состояния ребенка при заполнении бланка. Ознакомиться с бланком можно в приложении А.

Итоговый результат в опроснике для родителей:

0-8 баллов нет диагноза,

9-17 нет диагноза,

18-26 субпорог,

27-35 СДВГ,

35-43 СДВГ.

3. Методика Пьерона - Рузера

Цель: выявить степень сосредоточенности внимания на одних объектах и его отвлечение от других.

Материал и оборудование: бланк теста Пьерона-Рузера, карандаш и секундомер.

Инструкция: "Вам предложен тест с изображенными на нем квадратом, треугольником, кругом и ромбом. По сигналу "Начали" расставьте как можно быстрее и без ошибок следующие знаки в эти геометрические фигуры: в квадрат - плюс, в треугольник - минус, в кружок - ничего не ставьте и в ромб - точку. Знаки расставляйте подряд построчно. Время на работу отпущено 60 секунд. По моему сигналу "Стоп!" расставлять знаки прекратите" Экспериментатор в ходе исследования контролирует время с помощью секундомера и подает команды "Начали!" и "Стоп!"

Обработка и анализ результатов: Результатами данного тестирования являются: количество обработанных испытуемым за 60 с геометрических фигур, считая и кружок, и количество допущенных ошибок.

Уровень концентрации внимания определяют по таблице. Число обработанных фигур. Таблица представлена в приложении Б.

Уровень концентрации внимания:

1. Очень высокий 91-99.
2. Высокий 80-90.
- 3-4. Средний низкий 65-79.
5. Очень низкий 64 и меньше.

За допущенные при выполнении задания ошибки ранг снижается. Если ошибок 1-2. то ранг снижается на единицу, если 3-4 - на два ранга концентрация внимания считается хуже, а если ошибок больше 4, то - на три ранга. При анализе результатов необходимо установить причины, обусловившие данные результаты. Среди них важное значение имеет установка, готовность испытуемого выполнять инструкцию и обрабатывать фигуры расставляя в них знаки как можно скорее, или же его ориентации на безошибочность заполнения теста. В ряде случаев показатель концентрации

внимания может быть ниже возможного из-за слишком большого желания человека показать свои способности, добиться максимального результата (то есть своего рода соревновательности). Причиной снижения концентрации внимания могут быть также состояние утомления, плохое зрение, болезнь.

4. Методика «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ) (Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. В.) в варианте для родителей детей.

Тест "Анализ семейных взаимоотношений" предназначен для изучения влияния родителей в воспитании ребенка или подростка и поиска ошибок в родительском воспитании. Методика "Анализ семейных взаимоотношений" позволяет диагностировать нежелательное, некорректное влияние членов семьи друг на друга, нарушения при выполнении ролей в семье и помехи для ее целостности.

Описание методики:

Опросник АСВ включает 130 утверждений, касающихся воспитания детей. В него заложены 20 шкал. Первые 11 шкал отражают основные стили семейного воспитания; 12,13, 17 и 18-я шкалы позволяют получить представление о структурно-ролевом аспекте жизнедеятельности семьи, 14-я и 15-я шкалы демонстрируют особенности функционирования системы взаимных влияний, 16, 19-я и 20-я шкалы - работу механизмов семейной интеграции.

Инструкция к опроснику АСВ:

Уважаемый родитель! Предлагаемый Вам опросник содержит утверждения о воспитании детей. Утверждения пронумерованы. Такие же номера есть в „Бланке для ответов“.

Читайте по очереди утверждения опросника. Если Вы в общем согласны с ними, то в „Бланке для ответов“ обведите кружком номер ответа. Если Вы в общем не согласны - зачеркните тот же номер. Если очень трудно выбрать, то поставьте на номере вопросительный знак. Старайтесь, чтобы таких ответов было не больше пяти.

В опроснике нет „неправильных“ или „правильных“ утверждений. Отвечайте так, как Вы сами думаете.

Все полученные в ходе исследования данные были подвергнуты обработке, предусмотренной процедурой. Ниже мы представляем обсуждение результатов.

Результаты исследования по работе с анкетой «Признаки импульсивности»

Для достоверности методики, данную анкету заполняли родители и воспитатели данных детей.

При количественном анализе результатов по данной методике были получены следующие результаты:

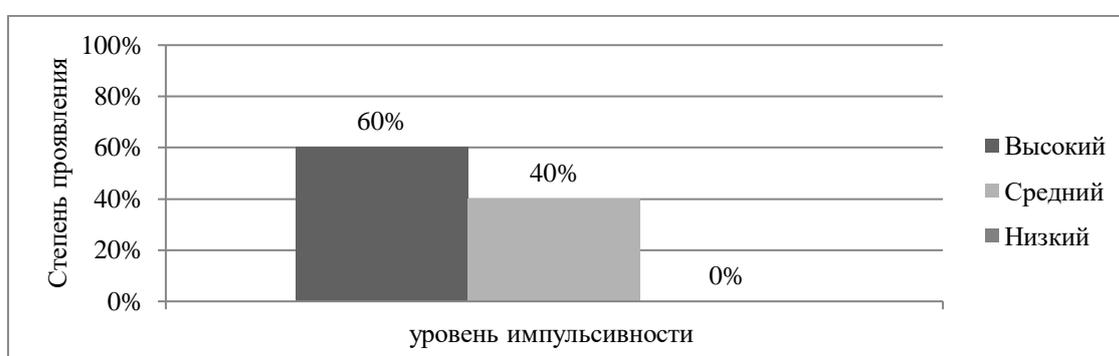


Рис.2 . - Распределение детей с СДВГ по уровню импульсивности , в %

При количественном анализе мы получили, что высокие показатели импульсивности наблюдались у трех детей (60%), что указывает на то, что ребенок принимает очень небольшую часть цели, но почти сразу же теряет ее, ошибок не замечает и не исправляет. У этой группы детей наблюдались частая смена настроения, обидчивость, отвлекаемость на занятиях, желание быстро сделать работу, забывчивость, не способность ждать своей очереди.

Средние показатели импульсивности показали двое детей (40%), что говорит о том, что ребенок принимает цель задания частично и не может ее сохранить во всем объеме до конца занятия, не устраняет ошибок и в специально отведенное для проверки время в конце занятия, ограничивается беглым просмотром написанного.

Таким образом, по критерию импульсивность, можно отметить, что преобладает высокий уровень импульсивности у старших дошкольников с синдромом дефицита внимания. Это мешает самому ребенку. Он не может

управлять собой, своими эмоциями, поведением. Импульсивный ребёнок моментально реагирует на любой стимул - ударит ребенка, случайно наступившего на ногу, на занятии закричит, увидев в окне пролетающую сороку, может громко проговаривать всё, что приходит в голову - и всё потому, что его организм так устроен. Он не может сделать паузу и подумать. Это требует коррекционной работы, так как импульсивность может стать причиной социально неприемлемого поведения. С индивидуальными результатами можно ознакомиться в приложении А, таблица 1.

Результаты исследования по методике Пьерона - Рузера.

При количественном анализе результатов по данной методике были получены следующие результаты:

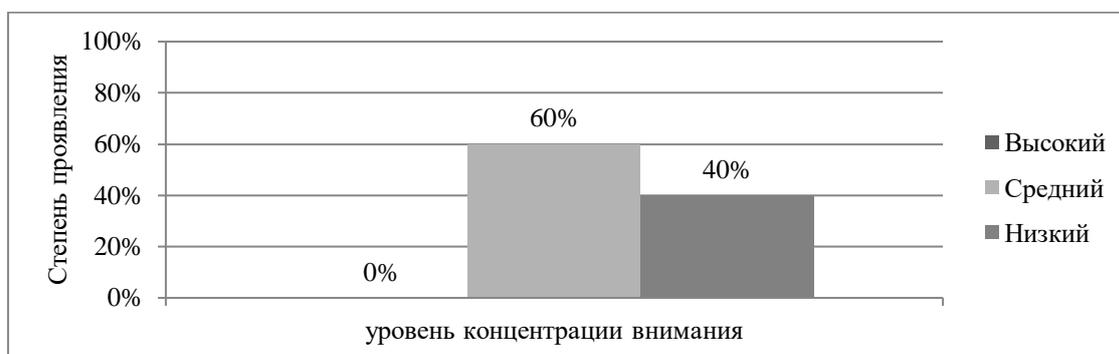


Рис.3 . - Распределение детей с СДВГ по уровню концентрации внимания по методике Пьерона - Рузера, в %

Низкий уровень концентрации внимания проявили 2 ребенка (40%), что указывает на высокий уровень дефицита внимания и говорит о том, что эти дети склонны к преждевременному прерыванию заданий, для них характерна смена одной деятельности на другую. Также у детей с низким уровнем концентрации внимания проявляется низкая степень сосредоточенности на одних объектах и отвлечение от других. Для них характерен медленный темп выполнения заданий. Также свойственна повышенная отвлекаемость на посторонние стимулы, особенно если они яркие.

Средние показатели концентрации внимания наблюдались у троих детей (60%), что говорит о том, что в течение достаточно времени ребенок сохраняет состояние внимания и равномерный темп выполнения заданий. Может

отвлечься на посторонние раздражители, но возвращается к первоначальному объекту внимания. С индивидуальными результатами можно ознакомиться в приложении Б, таблица 2.

Стоит обратить внимание на то, что низкий уровень концентрации внимания указывает на высокий уровень дефицита внимания, что является критерием проявления СДВГ, указанного в таблице критериев (таблица 2).

Результаты исследования по шкале ОЦЕНКИ СДВГ – КРИТЕРИИ МКБ 10. Версия для родителей и воспитателей Н. К. Сухотина, Т. И. Егорова

По итогам данных диагностических критериев было выявлено следующее:



Рис.4. - Процентное соотношений детей с СДВ и СДГ

Таким образом 3 ребенка (60%) имеют симптомы СДВГ с преобладанием гиперактивности/импульсивности, что отражается в чрезмерной моторной активности, излишней болтливости, нескоординированности движений. Ребенок суетлив, бывает агрессивен, резко реагирует на замечания родителей, педагогов, не может долго сидеть на месте, ему нужно постоянно находиться в движении.

СДВГ с преобладанием дефицита внимания выявлено у двоих детей (40%), что отражается в медленном выполнении заданий, ребенок словно «летает» в облаках, его внимание переключается с одного объекта на другое.

С индивидуальными результатами можно ознакомиться в приложении А, таблица 3.

Подробное описание портретов детей с СДГ и СДВ представлено в карте наблюдений (приложение В, табл.1,2,3,4,5).

Результаты анализа опросника «Анализ семейных взаимоотношений» (Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. В.) в варианте для родителей детей.

Анализ результатов показал наличие патологизирующих стилей воспитания у родителей детей с СДВГ. Интересен тот факт, что при различных проявлениях СДВГ у родителей проявляется различный стиль воспитания.

Так у двоих родителей (40%) девочек Леры Р. и Сони М. с СДВГ с преобладанием дефицита внимания были выявлены такие патологизирующие стили воспитания как: эмоциональное отвержение, чрезмерность требований, чрезмерность обязанностей. Данным стилям воспитания присуще возлагать на ребенка больше обязанностей, чем у его сверстников, как можно раньше приучить ребенка помогать по дому. Важным в воспитании таких родителей является научить ребенка слушаться, уважать родителей больше чем всех других людей, даже если родители не правы дети должны поступать так, как говорят родители. Такие родители мало времени проводят с детьми, отдавая их на различные кружки, эмоционально не вовлекаясь в жизнь своего ребенка. Эйдемиллер указывает на то, что данный тип воспитания формирует у детей чувство вины, замкнутость, повышение тревожности, снижение уровня внимания, что в свою очередь усиливает проявления симптоматики СДВ.

Трое родителей (60%), мамы мальчиков Егора П, Макисма Е., Артема К. с СДВГ с преобладанием гиперактивности/импульсивности проявили такие патологизирующие стили воспитания как: гипопротекция, недостаточность

требований-запретов, требований-обязанностей. На первый план в таком воспитании выходит не способность организовать режим дня, ребенок сам решает сколько ему есть, когда ложиться спать. Ребенок в такой семье никогда не убирает за собой игрушки, родители после нескольких просьб сами выполняют данное ребенку поручение. Дети при таком стиле воспитания легко нарушают запреты, делают что хотят. Родители часто не знают чем занимается их ребенок, у них нет времени на совместную деятельность.

Данный тип воспитания приводит к тому, что ребенок чувствует вседозволенность и безнаказанность и даже если существуют какие-то запреты, ребенок их легко нарушает, зная, что с него никто не спросит. Это в свою очередь усиливает симптоматику СДВГ с преобладанием гиперактивности и импульсивности. Сиюминутное желание ребенка должно быть исполнено, ребенок не чувствует границ, может грубить старшим, агрессивно отвечать на действия других детей.

С индивидуальными результатами можно ознакомиться в приложении А, таблица 5.

Ниже приведена Таблица 2. с описанием стиля воспитания и проявлений симптомов СДВ и СДГ.

Таблица 2 - Влияние стиля воспитания на характер проявления СДВГ

Стиль патологизирующего воспитания	Характер проявления симптомов
Эмоциональное отвержение, чрезмерность требований, чрезмерность обязанностей.	СДВ (синдром дефицита внимания): чувство вины, обидчивость, очень высокий уровень тревожности, выраженность страхов, направленность на процесс внутреннего переживания эмоций.
Гипопротекция, недостаточность требований-запретов, требований-обязанностей.	СДГ (синдром дефицита внимания с преобладанием гиперактивности): раздражительность, физическая, вербальная, косвенная агрессия, направленность на внешнее выражение эмоций в виде агрессивных действий, негативизм.

Результаты исследования общего уровня СДВГ по совокупности методик



Рис. 5. - Распределение детей с СДВГ по уровням на основании проведенных исследований, в %

Проанализировав все результаты по проведенным методикам, можно увидеть общий уровень проявления СДВГ. У всех детей экспериментальной группы наблюдается проявление симптомов СДВГ на высоком уровне, разница наблюдается в проявлении симптомов. 60% детей по результатам диагностики показали СДВГ с преобладанием гиперактивности/импульсивности, а у 40% детей наблюдается СДВГ с преобладанием дефицита внимания. На различное проявление симптомов СДВГ влияет патологическое родительское воспитание. Так 60% родителей используя гипопротекцию, недостаточность требований-обязанностей и требований-запретов провоцируют проявление симптомов СДВГ с преобладанием гиперактивности у своих детей. Таким образом признаки импульсивности и гиперактивности выходят у таких детей на первый план. Это проблемы с чрезмерной двигательной активностью, не соблюдением правил, агрессивным поведением, не способностью ребенка контролировать свои эмоции, не способностью ребенка ждать своей очереди и т.д.

40% родителей, применяющих в воспитании своих детей чрезмерность требований-запретов, требований-обязанностей провоцируют у своих детей проявление симптомов СДВГ с преобладанием дефицита внимания. Таким образом на передний план у таких детей выходит критерий дефицита внимания, что говорит об отвлекаемости ребенка, низком уровне концентрации внимания, замкнутости, отвлекаемости на яркие раздражители, медленный темп выполнения заданий и т.д.

С индивидуальными результатами по совокупности методик можно ознакомиться в приложении А, таблица 5.

Для сбора анамнеза, составления программы, и для дальнейшего анализа результативности коррекционно-развивающей программы нами была разработана «Карта наблюдения» для детей и их родителей. Карты были заведены отдельно на каждого ребенка и его родителя. В картах были обозначены те критерии, по которым ребенок получил наиболее высокий бал, чтобы наглядно можно было оценить разницу до и после эксперимента. Также было сделано и для родителей. В карте были отмечены утверждения родителей, относящиеся к патологизирующему стилю воспитания, чтобы во-первых, было видно с чем работать, а во-вторых, чтобы по окончании эксперимента отследить динамику. С картами наблюдений можно ознакомиться в Приложении В, таблицы 1,2,3,4,5.

Таким образом, благодаря карте наблюдений и сбору анамнеза, были определены основные направления работы с детьми и их родителями. На их основании нами была разработана коррекционно-развивающая программа «СДВиГ» для детей старшего дошкольного возраста и их родителей.

2.2 Организация и проведение формирующего эксперимента

Исходя из результатов констатирующего эксперимента была выделена группа детей старшего дошкольного возраста с СДВГ и их родителей, доказана целесообразность коррекционно-развивающей работы с ними. При анализе литературы по теме исследования было выявлено, что основными показателями проявлений синдрома дефицита внимания и гиперактивности является наличие импульсивности, гиперактивности, а также низкая концентрация внимания. Со стороны родителей были выявлены не гармоничные стили воспитания. Поэтому формирующая работа будет проводиться с учетом этих критериев.

Цель программы: скорректировать психологические проявления

синдрома дефицита внимания и гиперактивности, а именно произвольного внимания, импульсивности, гиперактивности, развития коммуникативных навыков, а также скорректировать стили воспитания родителей на более гармоничные.

Задачи программы:

1. Развитие свойств внимания детей старшего дошкольного возраста, таких как концентрации, переключаемость, распределение.
2. Тренировка психомоторных функций.
3. Снижение эмоционального напряжения.
4. Развитие приемов саморегуляции.
5. Развитие навыков общения.
6. Развитие у родителей эффективных навыков воспитания.
7. Коррекция патологизирующих стилей воспитания.

Мы предполагаем, что реализация поставленных задач обеспечит возможность детям старшего дошкольного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивности быть более успешными в учебной и во внеучебной деятельности, адекватно пройти школьную адаптацию.

Техническое оснащение для проведения встреч:

1. Просторный зал для проведения игровой терапии.
2. Коврики для занятий, чтобы у каждого ребенка было свое место.
3. Стулья по количеству человек.
4. Флипчарт и маркеры.
5. Раздаточные материалы.
6. Игрушки согласно программе.

Основные направления работы программы «СДВиГ»:

1. Работа с родителями.
 - 1.1 Круг доверия.
 - 1.2 Семинары-практикумы.
 - 1.3 Консультативные встречи.

- 1.4 Анкетирование.
2. Работа с детьми.
 - 2.1 Игровая терапия на основе детской йоги.
 - 2.2 Анкетирование.
3. Совместная деятельность.
 - 3.1 Игровая терапия на основе детской йоги.

Программа включает в себя 10 тематических встреч, каждая из которых несет определенную смысловую нагрузку и подчиняется единой общей цели - скорректировать психологические проявления синдрома дефицита внимания и гиперактивности, а именно произвольного внимания, импульсивности, гиперактивности, развития коммуникативных навыков, а также скорректировать стили воспитания родителей на более гармоничные.

Длительность встреч:

1. Встречи с родителями от 60 до 90 минут.

Частота встреч: 1 раз в неделю, на протяжении 3 недель. Встречи проводятся на территории детского центра «Лесенка».

2. Встречи с детьми – 30 минут.

Частота встреч: 2 раза в неделю на протяжении трех недель. Встречи назначены на вторник и четверг в 15.45 после сончаса у детей.

3. Совместная деятельность – 30 минут.

Частота встреч: одна завершающая встреча.

Реализация групповой программы проходила следующим образом:

Работа с родителями.

1 встреча: Лекция «Что вы знаете об СДВГ? Мифы и реальность». Обсуждение в формате круглого стола, круга доверия. Данная встреча длилась 90 минут.

Первая встреча была направлена на то, чтобы познакомиться с участниками поближе, создать приятную доверительную атмосферу, установить правила работы. Также была озвучена важность домашней работы

.Именно здесь мы оговорили, как друг к другу обращаться, все единогласно решили обращаться друг к другу просто по имени. При этом основной акцент был сделан на выстраивании единого понимания в вопросах синдрома дефицита внимания и гиперактивности. Были озвучены возможные варианты проявления СДВГ, заполнены анкеты для последующей обработки. К полученному домашнему заданию все отнеслись с интересом и воодушевлением. Домашним заданием были: библиотерапия, 21 способ проявления любви. Результатом встречи послужило представление о синдроме дефицита внимания и гиперактивности, появилось понимание, что с этим можно и нужно работать.

2 встреча: Семинар-практикум в когнитивном подходе. Данная встреча длилась также 90 минут.

Так как в основе патологий в воспитании лежат не эффективные убеждения родителей, такие как «Главное, чему родители должны научить своих детей, - это слушаться», «Дети должны уважать родителей больше, чем всех других людей» и т.д. в групповой терапии с родителями был использован когнитивный подход.

Для изменения когнитивных установок также будет использована библиотерапия. Обсуждались заданные на дом книги Юлия Гиппенрейтер «Если с ребенком трудно», «Общаться с ребенком как?», Петрановская «Тайная опора». На основе прочитанных книг обсуждались идеи, родители записывали те установки, приемы, методы, которые они запомнили и которые им понравились. В качестве домашнего задания на следующую встречу было продолжать проявлять в отношении ребенка «21 способ выразить свою любовь», завести доску достижений ребенка на видном месте. За достижения давать поощрительные наклейки, подводить итоги в конце дня и какое-то поощрение, если наклеек, например, больше шести. Награда за проведенный день. В конце недели что-то более существенное, например, поход в кино или куда хочет сам ребенок. Не было наклеек - нет награды. «Жетонная система»,

основанная на поведенческом подходе. Цель - смена фокуса с негативного поведения на позитивное.

3 встреча: Семинар практикум, основанный на поведенческом подходе на тему: «Если с ребенком трудно». Длительность встречи - 90 минут.

С помощью поведенческой терапии разбирали тему «Если ребенок так, то мы как»? «Если с ребенком трудно» - секреты «легкости». Были отработаны речевые модули, стратегии реагирования на поведение ребенка. Отработка в группе поведенческих навыков по принципу «Стимул-реакция».

2. Работа с детьми.

Коррекционные занятия проходили на протяжении 3 недель. Первые занятия были очень шумными. Детям было трудно сосредотачиваться, соблюдать правила группы. Программа состоит из 6 встреч. Частота встреч 2 раза в неделю.

Программа включает:

1. Подготовительный этап (2 встречи)
2. Основной этап (3 встречи)
3. Заключительный этап (1 встреча)

Задачи подготовительного этапа:

1. Знакомство детей друг с другом и ведущим.
2. Создание психологического комфорта и безопасной атмосферы.
3. Установление взаимоотношений.

Задачи основного этапа:

1. Развитие тактильного внимания и двигательного контроля.
2. Развитие слухового внимания и усидчивости.
3. Развитие контроля импульсивности, тренировка выдержки.
4. Развитие гибкости общения друг с другом, возникновение доверия между детьми.
5. Развитие навыков удержания программы.

Задачи заключительного этапа:

1. Закрепление навыков самоконтроля и группового взаимодействия;

2. Повторение тем (на усмотрение ведущего) с целью закрепления психокоррекционного воздействия;

3. Подведение личных итогов.

Встреча 1. Продолжительность – 30 минут.

Цель 1-ой встречи:

1. Знакомство с правилами поведения на встречах.
2. Знакомство ведущего с группой.
3. Снятие психоэмоционального напряжения с помощью игр.

Структура встречи:

1. Знакомство с правилами поведения на встречах: Знакомство ребят с хранителем правил занятий Йога ежиком. На занятии запрещено обижать других участников; ломать и забирать с собой игрушки домой. Каждый должен уважительно относиться друг к другу и к ведущему. За несоблюдение правил, участник отстраняется от игры. За правильное и старательное выполнение заданий в конце занятий детки получают поощрительные наклейки.

2. Все йоги поют волшебный звук «АУМ», он дает им суперспособности. Давайте и мы с вами споем этот звук только по - особенному (радостно-грустно, громко-тихо) и посмотрим кто дольше может это делать. Цель упражнения – снять напряжение через звук и одновременно дыхательная техника с акцентом на удлинение выдоха, что включает парасимпатическую нервную систему и способствует успокоению.

3. Глазодвигательные упражнения.

Ребята, у меня в руках маятник, ваша задача не поворачивая головы следить за его движением только глазами. Те, кто справится с этим заданием – получит жетон. В конце занятия эти жетоны вы сможете обменять на супер наклейки. Теперь задание немного усложним. Язык идет в одну сторону, а глазки от него убегают в другую. Цель упражнения- развитие межполушарного взаимодействия.

4. Упражнение «Приветствие солнцу». Логоритмическое упражнение способствует активизации вестибулярного аппарата и лобных долей мозга. Дети

под стихотворную форму повторяют движения за ведущим. Уникальное упражнение, которое помогает и снять напряжение в теле, принимать позы разных животных, выражая эмоции (добрая собака, злая собака, лягушонок может прыгать) тем самым снимая эмоциональное напряжение детей. Дети двигаются и в движении очень быстро запоминают слова, что способствует развитию памяти. За 6 занятий все дети начали повторять за ведущим стихотворение.

5. Самомассаж из пестовальной гимнастики «Куй-куй каблучок», проговариваем и стучим по стопе. Цель упражнения – снять гипертонус мышц, улучшить афферентацию тела, также накладывание движений на слова способствует развитию памяти и внимания.

6. Релаксация. Цель - снять зажимы и мышечное напряжение. Упражнение «Мороженное». Давайте представим себя мороженым на солнце. Мороженое начинает таять, опускаем руки, голову, плечи, туловище и растекаемся по полу. Мороженое превратилось в лужицу.

Встреча 2. Продолжительность - 30 минут .

Цель - сплочение группы, снятие психоэмоционального напряжения, развитие межполушарного взаимодействия.

Структура встречи:

1. Дыхание «ХА». На выдохе громко произносим звук «ХА» и словно толкаем кого-то руками от себя. Еще громче и еще сильнее толкаем. Помогает снять напряжение.

2. Нейрогимнастика «Кулак – ладонь» помогает наладить межполушарное взаимодействие. Разбираем медленно, а затем пытаемся сделать быстрее.

3. Упражнение «Натягиваем перчатки», улучшает мелкую моторику рук, самомассаж пальчиков оказывает мощное воздействие на активизацию головного мозга.

4. «Кошка добрая – кошка злая». Снятие напряжения, навык определения и понимания чувств. Представьте, что вы кошка. Почему кошка злая? Что нужно сделать, чтобы кошка стала добрая?

5. Упражнение «Приветствие солнцу». Укрепление двигательного навыка под команды, ритмизированные движения, учимся дожидаться команды.

6. Основная часть - «Путешествие по джунглям» - функциональные упражнения. Дети вспоминают сказку «Маугли» перечисляют по очереди кто там был. Говорит только тот, у кого в руке йог-ёжик. Формируем навык ожидания своей очереди. Изучаем позу обезьяны, бабочки, льва, змеи, пантеры, медведя.

7. Релаксация. Упражнение «Путешествие на облаке». Дети представляют, что они путешествуют на облачке, мягком и пушистом. Облачко пролетает над разными местами и попробуйте услышать звуки, которые вас окружают. Для этого нужно создать полную тишину. Включается по очереди шум дождя, треск костра, дети должны отгадать, что они слышат.

Встреча 3. Продолжительность – 30 минут.

Цель – улучшение вестибулярного аппарата, ориентация в пространстве, развитие внимательности.

1. Дыхательное упражнение «Задуваем свечу». Дети представляют, что свечей очень много и они должны долго-долго дуть, чтобы задуть все свечки. Удлинение выдоха, включение парасимпатической нервной системы, вследствие чего более спокойное состояние ребенка. Умение произвольно контролировать дыхание развивает самоконтроль над поведением.

2. Глазодвигательные упражнения «Куда язык- туда глаза». Данное упражнение позволяет расширить поле зрения, улучшить восприятие. Однонаправленные и разнонаправленные движения языка и глаз развивают межполушарное взаимодействие.

3. Нейрогимнастика «Ухо-нос», задача одной рукой взяться за ухо, другой за нос, руки переплетены, через хлопок поменять руки. Перекрестные упражнения, в которых используются перекрестные движения рук, ног и глаз, активизируют развитие мозолистого тела. При регулярном выполнении реципрокных движений образуется и миелинизируется большое количество нервных путей, связывающих полушария головного мозга, что обеспечивает развитие

психических функций. Медленное выполнение перекрестных движений способствует активизации вестибулярного аппарата и лобных долей мозга.

4. Упражнение «Приветствие солнцу». Усложняем комплекс. Добавляем счет, лягушки 10 раз подпрыгивают, обратный счет. Дети считают вслух.

5. Основная часть : игра «Идем на пикник». Передаем йога ёжика и по очереди говорим, что нам нужно в походе. Упражнения: «корзинка», «бутерброд», «лодка», «мостик», «жезлонг».

6. Упражнение на растяжку - «Черепашка». Нормализуют гипертонус и гипотонус мышц. Оптимизация тонуса является одной из самых важных задач нейропсихологической коррекции.

7. Релаксационное упражнение «Сосульки». Представьте, что вы сосульки, которые тают на солнце. Расслабляется голова, шея, руки, туловище и вы становитесь маленькой лужицей. Лужица растекается по полу.

Встреча 4. Продолжительность – 30 минут.

Цель – улучшение вестибулярного аппарата, развитие двигательного контроля, эмоциональная регуляция поведения, развитие самоконтроля.

1. Дыхательное упражнение – «Надуй в животе шарик». Улучшает ритмирование организма, развивают самоконтроль и произвольность.

2. Глазодвигательное упражнение «Следуй за стрелкой на часах». Круговые движения глазами в одну сторону и в другую.

3. Нейрогимнастика «Голова-живот». Одну руку кладем на живот, другую на голову. По голове слегка стучим, а живот гладим. Смена рук через хлопок.

4. Упражнение «Цапля» развивает двигательный контроль, самоконтроль и вестибулярный аппарат. Задача пальцами ног поднять фломастер и подтянуть колено к животу, опустить ногу и сделать упражнение на другую ногу. Таким образом, пройти несколько шагов, как цапля.

5. «Приветствие солнцу».

6. Основная часть : игра «Зоопарк». Обсуждаем каких животных мы можем встретить в зоопарке. Упражнения «верблюд», «крокодил», «лев», «тигр», «медведь», «зебра».

7. Игра на развитие двигательного контроля, саморегуляции, развитие двигательного контроля «Делай как я и становись...». Ребята вспоминают позы, которые делали на занятиях. Ведущий выбирает следующего ведущего. Им становится том, кто по мнению ведущего выполнил упражнение лучше всех. Каждый ребенок должен побывать в роли ведущего.

8. Релаксация «Мороженое» под звуки леса. Детям задание послушать что они услышат в лесу?

Встреча 5. Продолжительность – 30 минут.

Цель – улучшение вестибулярного аппарата, развитие двигательного контроля, эмоциональная регуляция поведения, развитие самоконтроля, развитие коммуникативных навыков.

1. Дыхательное упражнение «Послушай как дышит друг». Дети кладут головы друг другу на животы и слушают дыхание. Упражнение дает как развитие коммуникативных навыков, так и ритмизирование дыхания, дети стараются сильнее надуть живот, чтобы друг почувствовал дыхание.

2. Движения под музыку Железновых «А у зебры есть полосы» способствует развитию двигательного контроля.

3. «Приветствие солнцу»

4. Основная часть: игра «Путешествие в зимнюю сказку». Обсуждаем, что дети любят делать зимой. Упражнения «горка», «снежки», «наряжаем елку», «корзинка с игрушками», «лыжня».

5. Игра «Ночной охотник». «Охотник» спит, наступает ночь, охотник просыпается и все превращаются в ... Чтобы охотник нас не поймал нужно замереть в той позе, которую назвал охотник. Игра развивает самоконтроль, эмоциональную регуляцию поведения.

6. Растяжка в парах. Упражнение «Домик» - развивает коммуникативные навыки, снимает мышечное напряжение.

7. Расслабление «На волнах». Дети представляют, что они лежат на надувном матрасе на воде и плывут по волнам. Тело расслаблено. Включена музыка «шум моря».

Встреча 6. Продолжительность – 30 минут.

Цель – улучшение вестибулярного аппарата, развитие двигательного контроля, эмоциональная регуляция поведения, развитие самоконтроля, развитие гибкости общения друг с другом, возникновение доверия между детьми.

1. Дыхательное упражнение «Под водой». Дети представляют, что они погружаются под воду и нужно задержать дыхание.

2. Глазодвигательные упражнения.

3. Нейрогимнастика «Кулак – коза».

4. «Приветствие солнцу».

5. Упражнение на развитие вестибулярного аппарата на полусферах. Упражнение «Дерево».

6. Коммуникативное упражнение «Цветок дружбы», дети садятся в круг ногами друг другу, берутся за руки и наклоняются к ногам, а затем ложатся на пол – цветок раскрывается.

7. Работа в парах массаж друг другу из пестовальной гимнастики «Идет бай по стене», повторяем слова и делаем. Улучшает коммуникативные навыки, способствуют возникновению доверия между детьми.

8. Релаксация «Тишина». Слушаем звуки комнаты, улицы, соседней комнаты. Что вы слышали?

3. Совместная деятельность детей и родителей.

Совместная деятельность - 30 минут. Была проведена одна встреча в завершении всей программы.

Цель – установить эмоционально теплые отношения между родителями и детьми, показать родителям возможные упражнения для совместных занятий, отработка приобретенных навыков родителей на практике.

Структура встречи:

1. Смена позиций. Дети рассказывают родителям правила занятий и занимают позицию «над», происходит смена ролей за счет чего у детей появляется чувство значимости, важности, нужности, повышение самооценки.

2. Глазодвигательные упражнения. Работа в парах. Ребенок должен следить глазами за рукой мамы. Мама рукой в воздухе рисует разные фигуры (круг, квадрат, треугольник) ребенок глазами следит за движением. Затем меняются местами.

3. Дети показывают родителям упражнение «кулак-ладонь», вместе его выполняют.

4. Приветствие солнцу. Изменено под совместную деятельность. Добавляются акробатические упражнения, у животных появляется мама. Собака и щенок, кобра и маленькая кобра, мама лягушка и лягушонок и т.д. Как маленький щенок хочет чтобы мама проявила любовь к нему? Как маленький лягушонок понимает, что мама его любит? Таким образом, через игру, родители узнают о том, как их дети хотят проявления любви и как они понимают что родители их любят. Терапевтическое упражнение.

5. Игра «Вывись из оков». Мама крепко сжимает ребенка, а ребенок пытается вырваться из объятий. Так как ребенок с СДВГ плохо ощущает свое тело в пространстве, данное упражнение помогает ему успокоиться и понять себя в пространстве.

6. Игра «Зеркало». Мама показывает движения – ребенок повторяет, затем ребенок показывает любое упражнение, которое помнит из занятий –мама повторяет. Развивает внимательность, улучшает эмоциональный контакт.

7. Акробатическое упражнение «Самолетики». Дети его очень любят. Мама ложится на спину и поднимает на стопах ребенка вверх. Ребенок пробует отпустить руки и остаться «лететь» только на животе. Упражнение улучшает вестибулярный аппарат, ориентацию ребенка в пространстве, устанавливается доверие между родителем и ребенком.

8. Упражнение «Цветок дружбы»

9. Массаж друг другу «Идет бай по стене»

10. Релаксация «Мама + малыш». Мама обнимает своего ребенка, либо просто лежат, держась за руки под музыку «Треск костра» и представляют, что они лежат на природе, под звездным небом у костра и слушают треск дров.

11. Обратная связь.

2.3 Результаты формирующего эксперимента и их обсуждение

В данном параграфе нами проанализированы результаты итогового среза, проведенного после формирующего эксперимента. Повторная диагностика была проведена на группе старших дошкольников, имеющих синдром дефицита внимания и гиперактивности с помощью следующих методик: анкета «Признаки импульсивности», методика «Пьерона-Рузера», шкала оценки СДВГ – критерии МКБ 10. Версия для родителей и воспитателей Н. К. Сухотина, Т. И. Егорова

Сравнительный анализ результатов анкетирования «Признаки импульсивности» до и после формирующего эксперимента

Для достоверности данных данную анкету заполняли те же родители и воспитатели детей. В ходе работы родители и воспитатели следовали заданному ранее алгоритму.

На момент констатирующего эксперимента 2 ребенка (40%) имели средние показатели проявления импульсивности, трое детей (60%) показали высокую степень проявления импульсивности. При количественном анализе мы получили разницу в показателях до и после эксперимента. Средний бал признаков импульсивности уменьшился у всех детей, что свидетельствует об увеличении уровня саморегуляции у старших школьников, что положительно сказывается на взаимоотношениях как внутри семьи, так и внутри группы.

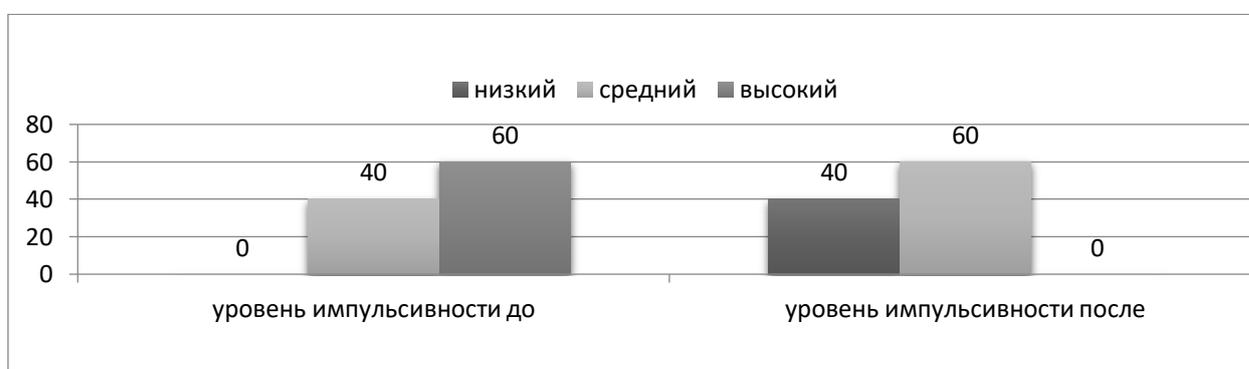


Рис.6. -Динамика распределения детей с СДВГ по уровню импульсивности (в %) в экспериментальной группе до и после формирующего эксперимента.

После проведённой работы ситуация изменилась. И родители и воспитатели отметили снижение импульсивности детей. Те дети, которые проявляли высокую степень импульсивности, не могли подчиняться общим правилам игры, на крик отвечали криком, требовали к себе повышенного внимания, грубили стали более сдержанные. Высокий уровень импульсивности снизился с 60% до 0, за счет перехода на средний уровень. Два ребенка, которые проявляли средние показатели импульсивности показали снижение уровня до низкого. Соответственно низкий уровень импульсивности увеличился с 0 до 40%, а средний показатель увеличился с 40% до 60%. Данное исследование наглядно подтверждает результативность работы над импульсивностью на протяжении всех консультативных встреч. Родители активно выполняли домашние задания с детьми и продолжают присылать отчеты. Как отмечают родители, поведение детей стало заметно лучше.

Перепады настроения случаются реже, с ребенком стало легче договориться, эмоциональное состояние стало стабильнее. С индивидуальными результатами можно ознакомиться в приложении Е, таблица 1.

Сравнительный анализ результатов методики «Пьерона – Рузера» до и после формирующего эксперимента

На момент констатирующего эксперимента, из участников эксперимента 3 ребенка показывали низкий уровень концентрации внимания, что соответствует высокому уровню дефицита внимания и вместе с тем высокую степень отвлекаемости, 2 ребенка имели средний уровень концентрации внимания, могли отвлечься от задания, но возвращались к нему без напоминаний, высокие показатели не наблюдались ни у одного ребенка.

При количественном анализе результатов по данной методике были получены следующие результаты:

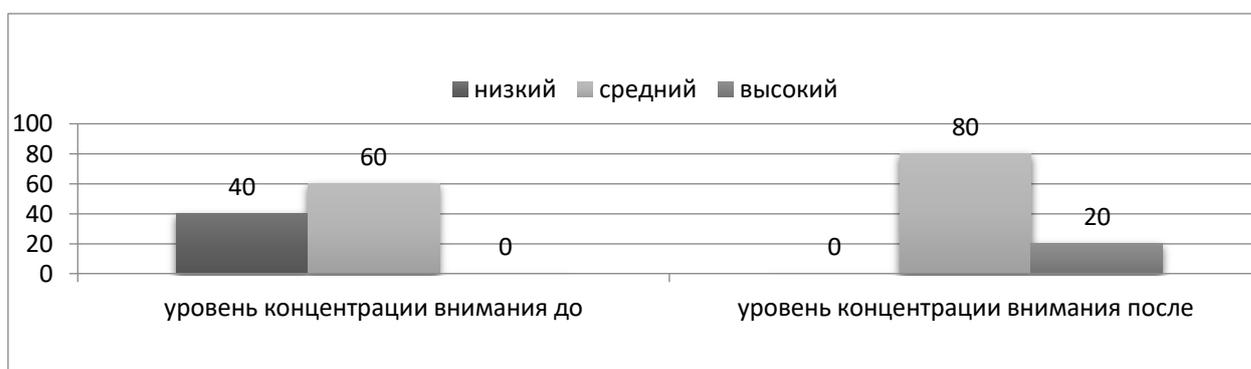


Рис.7. - Динамика распределения детей с СДВГ по уровню концентрации внимания по методике «Пьерона – Рузера» (в %) в экспериментальной группе до и после формирующего эксперимента.

На рисунке 7 видно, что после проведённой работы стали наблюдаться положительные тенденции: низкий уровень концентрации внимания снизился с 40% до 0%, за счёт роста среднего уровня. Средний уровень концентрации внимания с 60% вырос до 80% , за счёт изменения низкого уровня. При этом один ребенок (20%) стал показывать высокий уровень, хотя до этого никто из детей не показывал такие результаты. Таким образом, увеличение уровня концентрации внимания привело к снижению уровня дефицита внимания у детей. Дети стали меньше отвлекаться на посторонние раздражители, скорость выполнения задания выросла, дети могут держать средний темп работы, ошибок в работе стало меньше, но они не исчезли полностью. Перед началом теста гиперактивным детям на стул была положена подушка балансир, это на наш взгляд дало свои результаты. Родители и воспитатели отмечали, что такая простая «хитрость» давала ребенку большую концентрацию внимания, особенно детям с СДГ. Дети стали меньше отвлекаться на посторонние раздражители, скорость выполнения задания выросла, ошибок в работе стало меньше.

Результаты, полученные после повторной диагностики, показывают, что проведённая работа по коррекции дефицита внимания была эффективна.

С индивидуальными результатами можно ознакомиться в приложении Е, таблица 2.

Анализ результатов по шкале ОЦЕНКИ СДВГ – КРИТЕРИИ МКБ 10

Версия для родителей и воспитателей Н. К. Сухотина, Т. И. Егорова

На момент констатирующего эксперимента, все 5 детей (100%) проявляли признаки СДВГ только с разной степенью выраженности. Так трое детей (60%) имели симптомы СДВГ с преобладанием гиперактивности/импульсивности, двое детей (40%) показали признаки СДВГ с преобладанием дефицита внимания.

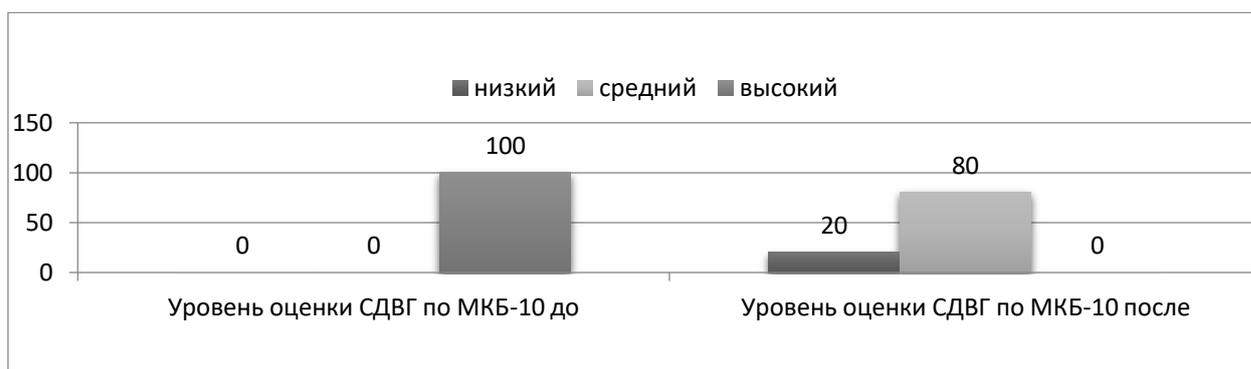


Рис. 8. - Динамика распределения детей по уровню оценки СДВГ по шкале МКБ-10 (в %) в экспериментальной группе до и после формирующего эксперимента.

После эксперимента по итогам данных диагностических критериев было выявлено следующее:

Количество баллов по шкале невнимательность у Леры Р. снизилась с 21 до 14 баллов, у Сони М. с 20 баллов до 13 баллов, у Егора П. – с 9 до 7 баллов, У Максима Е. – 7 баллов осталось без изменений, У Артема К. – 5 баллов осталось без изменений.

По шкале Гиперактивность/Импульсивность количество баллов снизилось у Егора П.- с 20 баллов до 12, у Максима Е.- с 22 баллов до 15, у Артем К.- с 18 баллов до 11, у Лера Р- с 6 баллов до 5, у Сони М. –с 8 баллов до 6 баллов.

На рисунке 8 видно, что коррекционно-развивающая работа дала положительную динамику: высокий уровень СДВГ по шкале МКБ-10 снизился со 100% до 0%, за счёт роста среднего уровня и появления низкого уровня.

Четыре ребенка (80%) показали средний уровень проявления СДВГ, один ребенок (20%) показал низкий уровень проявления СДВГ стал соблюдать правила, выполнять задания до конца во всем объеме. И родители и воспитатели, которые заполняли данную анкету, отметили снижение у всех детей проявлений симптомов. Дети с СДГ стали более спокойными, их движения стали носить целенаправленный характер, дети стали лучше слышать и выполнять правила игр, стали меньше перебивать взрослых. Дети с СДВ стали в течение достаточного (среднего) времени сохранять состояние внимания, равномерный темп выполнения задания. Средняя степень сосредоточенности внимания на одних объектах и отвлечения от других. С индивидуальными результатами можно ознакомиться в приложении Е, таблица 3.

Анализ результатов опросника «Анализ семейных взаимоотношений» (Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. В.) в варианте для родителей детей до и после формирующего эксперимента

На момент констатирующего эксперимента все родители проявляли патологизирующие стили воспитания. Трое родителей (60%) показали преобладание таких стилей, как гипопротекция, недостаточность требований/запретов, недостаточность требований/обязанностей, что приводило в свою очередь к эмоциональному отчуждению, потери контроля за детьми. Многие мамы не всегда знали, чем занимается их ребенок, часто допускали неконтролируемый просмотр мультфильмов или игру в телефон, лишь бы ребенок не бегал и не мешал. Двое родителей (40%) показали преобладание чрезмерности требований-обязанностей, чрезмерности требований-запретов. Они возлагали на ребенка слишком много обязанностей, в том числе по дому, настаивали на послушании, и даже если ребенок считал, что родитель не прав, он все равно должен делать так, как говорит родитель.

Повторный опрос родителей по опроснику «Анализ семейных взаимоотношений» показал, что все родители (5 человек) изменили стиль воспитания на гармоничный. Сами родители отметили свое более осознанное

поведение в отношении с детьми. По словам родителей, они начали понимать происходящее и благодаря групповым встречам научились по-новому реагировать на поведение и особенности своих детей. «Еще, конечно, есть над чем работать», - отмечает Елена К, мама Артема, «но самое главное, мы на верном пути и виден СДВиГ», мама Максима Е., Наталья сказала : «Теперь я поняла, что с этим надо просто научиться жить и благодаря встречам я действительно многому научилась и вижу результат».

По результатам опросника родители детей с СДВ Виктория Р. и Анастасия Д. перестали предъявлять к своим детям излишние требования и обязанности, стали больше времени проводить с детьми, убрали некоторые кружки, чтобы разгрузить своего ребенка, стали признавать свои ошибки, если были не правы и стали интересоваться мнением своих детей. Что в свою очередь дало свои результаты и они отметили изменения в поведении своих дочерей. Дети стали более открытыми, расслабленными, стали меньше отвлекаться на посторонние раздражители, но если раздражитель яркий, то ребенок все - равно теряет внимание с одного объекта и переключается на другой.

Родители детей с СДГ Екатерина Р., Наталья Е. и Елена К стали устанавливать правила дома, распорядок дня, ввели систему наказаний и поощрений, стали больше времени проводить с детьми, что также принесло свои результаты. Мальчики стали более спокойными, снизилось проявление гиперкинеза (навязчивых движений), стали более терпеливыми, могут подождать своей очереди, если она небольшая по времени. Длительное ожидание еще вызывает трудности. Стали доводить начатое до конца, не бросая на полпути, но пока еще ориентируются на результат. Лишь бы сделать, а не на качество выполненной работы. С индивидуальными результатами можно ознакомиться в приложении Е, таблица 4. С более подробными индивидуальными характеристиками детей и родителей можно ознакомиться в карте наблюдений, приложение Ж, таблицы 1,2,3,4,5.

Анализируя каждую встречу, которая была проведена с родителями с целью коррекции стиля воспитания, можно отметить следующее:

Во встрече с родителями самой эмоционально насыщенной была первая встреча. Каждый высказывал то что «наболело» и это уже само по себе было терапевтично, также родители поняли, что их проблема не уникальна и сказали с облегчением после обсуждения «Слава Богу, я не одна такая». Родители с энтузиазмом отнеслись к домашнему заданию, консультанту удалось показать важность выполнения данных заданий и убедить в том, что от этого зависит улучшение состояние их ребенка.

Самой сложной и трансформационной была вторая встреча, так как родители работали со своими установками о воспитании и многие настаивали на том, что воспитывать ребенка нужно только так и никак иначе. На этой встрече развернулась дискуссия, так как стили воспитания были диаметрально противоположные. В итоге помогло то, что консультант за каждым родителем записал установки в воспитании и у каждой были отмечены плюсы и минусы, так пришло понимание, что нет правых и не правых родителей и стало возможно дальше продолжать обсуждение. Родители отметили, что данная встреча многое «перевернула» в их голове и понимании о воспитании.

Самой активной и рабочей была третья встреча, там было много отработки поведенческих ситуаций, родители «превращались в детей» и проигрывали часто встречающиеся ситуации, приобретали навык и стратегии другого реагирования. После встречи родители отметили усталость, но все выразили благодарность за продуктивность и возможность понять ситуацию изнутри.

Общие результаты динамики развития симптомов СДВГ после формирующего эксперимента по совокупности методик

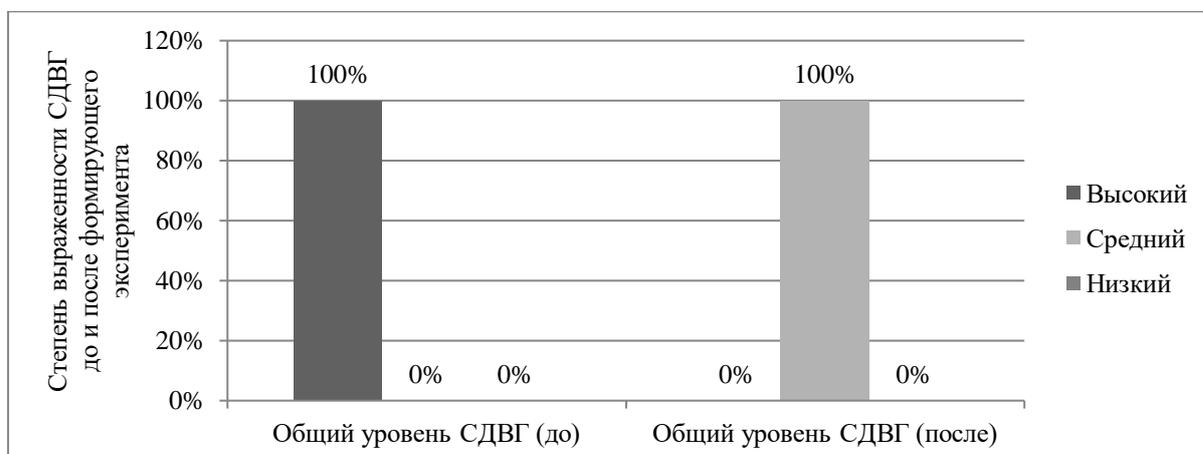


Рис. 9. - Динамика распределения детей по итоговым уровням проявления СДВГ в экспериментальной группе до и после проведения формирующего эксперимента, в %

Рассматривая общие результаты динамики развития СДВГ после формирующего эксперимента, мы наблюдаем значительные изменения в проявлении симптомов СДВГ у детей старшего дошкольного возраста. В первую очередь, стоит отметить, что все дети с высоким уровнем СДВГ после формирующего эксперимента показали средний уровень проявления симптомов СДВГ. Стоит понимать, что данный показатель не может говорить о том, что все дети, у которых средний уровень проявления СДВГ, уже смогли его устранить, но это говорит о положительной динамике в работе над данной проблемой и о том, что реализуемая коррекционная программа достаточно эффективна в борьбе с такой актуальной проблемой как синдром дефицита внимания и гиперактивности. С индивидуальными результатами можно ознакомиться в приложении Е, таблица 5.

У всех прошедших коррекционно-развивающую программу «СДВиГ» имеется положительная динамика. Об этом свидетельствуют как количественные и качественные показатели, так и обратная связь, оставленная после программы. Родители отмечают следующее: «ребенок стал более

спокойным», «улучшились отношения с ребенком», «пришло понимание, что моя стратегия воспитания была не верной», «ребенок обычно в хорошем настроении», «ребенок стал более внимательным и доводит начатое до конца», «легче стало соблюдать распорядок дня», «стал более терпеливым и терпимым», «стала проявлять эмоции, обниматься», «стала более коммуникабельной, на площадке начала играть с другими детьми», «стал более усидчивым».

Виктория Р. и Анастасия Д., родители детей с СДВ, отметили, что перестав предъявлять к своим детям излишние требования и обязанности, уделяя больше времени детям, убрав некоторые кружки и, разгрузив своего ребенка, начав признавать свои ошибки и просить за них прощения, дети изменили свое поведение. Дочки стали более открытыми, расслабленными, стали меньше отвлекаться на посторонние раздражители, но если раздражитель яркий, то ребенок все равно теряет внимание с одного объекта и переключается на другой.

Екатерина Р., Наталья Е. и Елена К, родители детей с СДГ стали устанавливать правила дома, распорядок дня, ввели систему наказаний и поощрений, стали больше времени проводить с детьми, что также принесло свои результаты. Мальчики стали более спокойными, снизилось проявление гиперкинеза (навязчивых движений), стали более терпеливыми, могут подождать своей очереди, если она небольшая по времени. Длительное ожидание еще вызывает трудности. Стали доводить начатое до конца, не бросая на полпути, но пока еще ориентируются на результат. Лишь бы сделать, а не на качество выполненной работы.

Большой вклад в коррекцию стиля воспитания внесло выполнение домашних заданий, так как именно при работе внутри семьи, когда меняется один человек, меняется его форма реагирования, проявление эмоций, проявление любви – меняется система и, соответственно, поведение ребенка тоже становится другим, как ответная реакция на изменения.

В работе с детьми наиболее эффективными для детей с СДВГ с преобладанием гиперактивности были упражнения на улучшение вестибулярного аппарата, например, упражнение «Дерево», работа с балансирами, игры «Ночной охотник», логоритмическое упражнение «Приветствие солнцу», которое способствует активизации вестибулярного аппарата и лобных долей мозга, самомассажи, которые способствуют снятию гипертонуса мышц, а также релаксационные техники и дыхательные техники с акцентом на удлинение выдоха, что включает парасимпатическую нервную систему и способствует успокоению.

Наибольшую эффективность в работе с детьми с СДВГ с преобладанием дефицита внимания показали нейрогимнастика, так как перекрестные упражнения, в которых используются перекрестные движения рук, ног и глаз, активизируют развитие мозолистого тела. При регулярном выполнении реципрокных движений образуется и миелинизируется большое количество нервных путей, связывающих полушария головного мозга, что обеспечивает развитие психических функций. Глазодвигательные упражнения, которые способствуют развитию межполушарного взаимодействия, игры на внимательность «Ночной охотник», «Зеркало», «Делай как я, становись...».

С целью проверки достоверности различий нами была проведена статистическая обработка полученных результатов с применением Т-критерия Вилкоксона. В данном случае эмпирическое значение Т попадает в зону значимости: (0,01). Гипотеза H_0 принимается. Показатели после эксперимента превышают показатели до опыта. Подробнее с результатами можно ознакомиться в приложении 3.

Таким образом, исходя из вышесказанного, можно сделать вывод, что реализованная программа положительным образом сказалась на всех участниках группы, как на детях, так и на их родителях, снизив общий уровень СДВГ и его отдельных проявлений, что подтверждает выдвинутую нами гипотезу.

Выводы по Главе II

Опираясь на результаты исследования, можем сделать следующие выводы:

1. На моменте констатирующего эксперимента проанализировав все результаты по проведённым методикам, можно увидеть общий уровень синдрома дефицита внимания и гиперактивности. Все 5 детей (100%) проявляют признаки СДВГ только с разной степенью выраженности. Так трое детей (60%)

имеют симптомы СДВГ с преобладанием гиперактивности/импульсивности, что выражается в чрезмерной моторной активности, излишней болтливости, нескоординированности движений. Ребенок суетлив, бывает агрессивен, резко реагирует на замечания родителей, педагогов, не может долго сидеть на месте, ему нужно постоянно находиться в движении.

СДВГ с преобладанием дефицита внимания выявлено у двоих детей (40%), что отражается в медленном выполнении заданий, ребенок словно «летает» в облаках, его внимание переключается с одного объекта на другое. Таким образом, получается, что каждый пятый ребенок в группе нуждается в коррекции и оздоровлении.

2. В коррекционно-развивающей работе нами был сделан акцент на групповые занятия в системе «Родитель – ребенок». Таким образом в состав программы были включены встречи с родителями, встречи с детьми и совместные встречи, что позволило на наш взгляд подойти к решению проблемы комплексно. Встречи с родителями были направлены на коррекцию выявленных в исследовании патологизирующих стилей воспитания. В качестве коррекционных мероприятий были разработаны и проведены семинары – практикумы с использованием когнитивно-поведенческой терапии, что позволило родителям отработать навык новых моделей реагирования и поведения в общении с ребенком. Встречи с детьми и совместная встреча проводились в игровой форме и включали в себя нейрогимнастику,

глазодвигательные упражнения, различные игры на удержание внимания и развитие самоконтроля, а также дыхательные и релаксационные упражнения. Программа включает в себя 10 встреч, 3 из которых – это встречи с родителями, 6 встреч с детьми и одна совместная встреча.

3. Рассматривая общие результаты динамики развития СДВГ после формирующего эксперимента, мы видим существенные изменения на всех уровнях проявления СДВГ. В первую очередь, стоит отметить, что все дети с высоким уровнем СДВГ после формирующего эксперимента показали средний уровень проявления симптомов СДВГ. Стоит понимать, что данный показатель не может говорить о том, что все дети, у которых средний уровень проявления СДВГ, уже смогли его устранить, но это говорит о положительной динамике в работе над данной проблемой и о том, что реализуемая коррекционная программа достаточно эффективна в борьбе с такой актуальной проблемой как синдром дефицита внимания и гиперактивности.

4. Таким образом, исходя из вышесказанного, можно сделать вывод, что реализованная программа положительным образом сказалась на участниках группы, снизив общий уровень СДВГ и отдельных форм его проявления, что подтверждает выдвинутую нами гипотезу.

5. Статистическая проверка показала, что различия результатов до и после формирующего эксперимента являются статистически значимыми ($p < 0,05$) что подтверждает гипотезу нашего исследования. Для статистической проверки различий был применен T-критерий Вилкоксона.

Заключение

Синдром дефицита внимания и гиперактивности является одной из основных проблем, с которыми сталкиваются все участники воспитательного процесса - родители, воспитатели, педагоги. Неугомонные, невнимательные, непослушные, импульсивные, чрезмерно активные дети, которые не сидят на месте, являются проблемой не только в семье и в детских учреждениях. В первую очередь они испытывают трудности сами. Зачастую ни родители, ни воспитатели не знают, что с ними делать и, пытаясь уговорить этих «непосед», используют не всегда подходящие стили воспитания. Наказать, ужесточить правила, посадить, чтобы успокоился, не всегда понимания причину такого поведения ребенка. Что в свою очередь провоцирует еще большее ухудшение ситуации со стороны «непоседы». Он проявляет агрессию, злость, недовольство в первую очередь собой, а не воспитателем, так как не может соответствовать ожиданиям взрослых и у него формируется привычка к негативным эмоциям. Он привыкает к тому, что он постоянно попадает в конфликтные ситуации со сверстниками, им недовольны взрослые, вследствие чего для таких детей более привычными оказываются негативные эмоции (Романов А.М).

В рамках исследовательской работы были изучены теоретические аспекты и особенности СДВГ детей старшего дошкольного возраста: описание различных подходов к изучению данного синдрома, как зарубежных, так и отечественных ученых.

В ходе констатирующего эксперимента, все 5 детей (100%) проявляют признаки СДВГ только с разной степенью выраженности. Так трое детей (60%) имеют симптомы СДВГ с преобладанием гиперактивности/импульсивности, что выражается в чрезмерной моторной активности, излишней болтливости, нескоординированности движений. Ребенок суетлив, бывает агрессивен, резко реагирует на замечания родителей, педагогов, не может долго сидеть на месте, ему нужно постоянно находиться в движении.

СДВГ с преобладанием дефицита внимания выявлено у двоих детей (40%), что отражается в медленном выполнении заданий, ребенок словно «летает» в облаках, его внимание переключается с одного объекта на другое. Таким образом, получается, что каждый пятый ребенок в группе нуждается в коррекции и оздоровлении.

На основании полученной информации была создана коррекционная программа групповых консультаций для детей с СДВГ старшего дошкольного возраста и их родителей. Положительное влияние данной программы было оценено участниками эксперимента.

Исходя из результатов констатирующего эксперимента была выделена группа детей старшего дошкольного возраста с СДВГ и их родителей, доказана целесообразность коррекционно-развивающей работы с ними. При анализе литературы по теме исследования было выявлено, что основными показателями проявлений синдрома дефицита внимания и гиперактивности является наличие импульсивности, гиперактивности, а также низкая концентрация внимания. Со стороны родителей были выявлены не гармоничные стили воспитания. Поэтому формирующая работа была проведена с учетом этих критериев.

Цель программы: скорректировать психологические проявления синдрома дефицита внимания и гиперактивности, а именно произвольного внимания, импульсивности, гиперактивности, развития коммуникативных навыков, а также скорректировать стили воспитания родителей с патологизирующих на гармоничные.

Задачи программы:

1. Развитие свойств внимания детей старшего дошкольного возраста, таких как концентрации, переключаемость, распределение.
2. Тренировка психомоторных функций.
3. Снижение эмоционального напряжения.
4. Развитие приемов саморегуляции.
5. Развитие навыков общения.
6. Развитие у родителей эффективных навыков воспитания.

7. Коррекция патологизирующих стилей воспитания.

Мы предполагаем, что реализация поставленных задач обеспечит возможность детям старшего дошкольного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивности быть более успешными в учебной и во внеучебной деятельности, адекватно пройти школьную адаптацию.

Анализ общих результатов динамики развития СДВГ после формирующего эксперимента, показал существенные изменения на всех уровнях проявления СДВГ. В первую очередь, стоит отметить, что все дети с высоким уровнем СДВГ после формирующего эксперимента показали средний уровень проявления симптомов СДВГ. Стоит понимать, что данный показатель не может говорить о том, что все дети, у которых средний уровень проявления СДВГ, уже смогли его устранить, но это говорит о положительной динамике в работе над данной проблемой и о том, что реализуемая коррекционная программа достаточно эффективна в борьбе с такой актуальной проблемой как синдром дефицита внимания и гиперактивности.

Таким образом, экспериментально было доказано, что групповое консультирование с использованием различных техник и упражнений для детей, а также работе с развитием навыков новых моделей реагирования и поведения в общении с ребенком будет результативно в целях коррекции симптомов СДВГ.

Таким образом цель достигнута. Гипотеза подтверждена. Задачи решены .

Программа является легко подстраиваемой под разные задачи, поэтому может быть использована в работе детских психологов, воспитателей, социальных работников, учитывая особенности той или иной группы и подстраиваясь под конкретные условия.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Алешина Ю.Е. Индивидуальное и семейное психологическое консультирование // М.: Независимая фирма “Класс”, 2000.
2. Ахутина Т.В. Нейропсихология индивидуальных различий детей как основа использования нейропсихологических методов в школе // 1-я Международная конференция памяти А.Р. Лурия / Ред. Е.Д. Хомская, Т.В. Ахутина. - М., 1998. - С. 201–208.
3. Бадалян Л.О., Заваденко Н.Н., Успенская Т.Ю. Синдромы дефицита внимания у детей // Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – СПб., 1993. - №3. – С. 74-90.
4. Бачков И.В. Основы технологии группового тренинга. Психотехники: Учебное пособие. М.: Ось-89, 1999.
5. Болотовский Г.В., Чутко Л.С., Кропотов Ю.Д. Причины гиперактивности у детей // [http://www.psychologos.ru/Причины гиперактивности у детей](http://www.psychologos.ru/Причины_гиперактивности_у_детей)
6. Брызгунов И.П., Касатикова Е.В. Дефицит внимания с гиперактивностью у детей. – М.: Медпрактика-М, 2002. – 128с.
7. Бурнард Ф. Тренинг навыков консультирования. СПб.: Пи тер, 2002. 8. Буянов М.И. Беседы о детской психиатрии. М., 1992, 255 с.
9. Всемирная организация здравоохранения. F90—F98 Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте // Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Класс V: Психические расстройства и расстройства поведения (F00—F99) (адаптировано для использования в Российской Федерации). Ростов-на-Дону: Феникс, 1999. С. 334.

10. Возрастная педагогическая психология/ Хрестоматия. Составители Дубровина Н.В. и др. – М.: Владос, 2000 – 386 с.
11. Возрастная психология / Под ред. Т. Марцинковской. – М.: Академия, 2011. – 336с.
12. Вострокнутов Н.В. Школьная дезадаптация: ключевые проблемы диагностики и реабилитации // Школьная дезадаптация. Эмоциональные и стрессовые расстройств у детей и подростков. – М., 1995. – с. 8 – 11.81
13. Выготский Л.С., Лурия А.Р. Этюды по истории поведения. – М., 1993. – 223с.
14. Гарбузов В.И. Нервные дети. Л., М.:1990. 173 с.
15. Григоренко Е.Л. Генетические факторы, влияющие на развитие девиантных форм детского поведения // Дефектология. – 1996. - №3. – с. 3- 22.
16. Гузева В.И. Руководство по детской неврологии. – СПб., 1998. – 495с.
17. Дети с СДВГ: Как понять ребенка: дети с гиперактивностью и дефицитом внимания ; под ред. М. А. Заводенко. - Москва : МПСИ ; Воронеж : МОДЭК, 2008. - 248 с.
18. Дети с СДВГ: причины, диагностика, комплексная помощь : учебное пособие / Рос. акад. образования, Моск. психол.-соц. ин-т ; [М. М. Безруких и др.] ; под ред. М. М. Безруких. - Москва : МПСИ ; Воронеж : МОДЭК, 2009. - 247 с.
19. Дормашев Ю.Б., Романов В.А. Психология внимания. - М.: Академия, 1999. – 348с.
20. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. (DSMV). Washington, 2013.

21. Ермолаев О.Ю. Внимание школьника / Марютина Т.М., Мешкова Т.А.. - М.: Знание , 1987. — 80 с.
22. Жак Т.Т. Цели и задачи психологического консультирования. // [Электронный ресурс]: <http://lifecity.com.ua/maup/721/viewsection/81>
23. Жмуров В.А. Большая энциклопедия по психиатрии.- М.: АСТ, 2011. – 689с.
24. Заваденко Н.Н. Как помочь ребёнку: дети с гиперактивностью и дефицитом внимания. – М.: Школа-пресс, 2001. – 112 с.
25. Заваденко Н.Н., Факторы для формирования дефицита внимания и гиперактивности у детей / Н. Н. Заваденко. - Мир психологии №1, М., 2000 г.82
26. Заваденко Н.Н. Синдром дефицита внимания и гиперактивности: новое в диагностике и лечении
27. Исмагилова Ф.С. Основы профессионального консультирования: Учеб. пособие. М.: Издательство Московского психолого-социального института; Воронеж: Издательство НПО “МОДЭК”, 2003.
28. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. – М., 1995. – 560с.
29. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей. М., 1995.
30. Корсакова Н.К., Микадзе Ю.В., Балашова Е.Ю. Неудачающие дети: нейропсихологическая диагностика трудностей в обучении младших школьников. – М.. 1997. – 123 с.
31. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования. М.: Академический проект, 1999.
32. Кошелева Л.Д., Алексеева Л.С. Диагностика и коррекция гиперактивности ребёнка. – М.: НИИ семьи, 1997. – 65 с.

33. Кошельков Д.А. особенности произвольной регуляции деятельности у детей 5-6 лет с признаками дефицита внимания и гиперактивности//Альманах «Новые исследования». – М., 2009. № 2 (19). С 47-48

34. Кропотов Ю.Д., Чутко Л.С., Яковенко В.А. и др. Применение транскраниальной микрополяризации в лечении синдрома нарушения внимания с гиперактивностью у детей и подростков//Журнал неврологии и психиатрии. 2002. .№ 5.

35. Кузнецова Л.Э. психологические особенности детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности, условия их психокоррекции //Молодой ученый. 2016. №7 (111). С. 327-331 – URL: <https://moluch.ru/archive/111/27644>

36. Кучма В.Р., Платонова А.Г. Дефицит внимания с гиперактивностью у детей России: распространенность. факторы риска и профилактика. – М., 1997. – 196с.83

37. Лебединский В.В. Психофизиологические закономерности нормального и аномального развития // 1-я Международная конференция памяти А.Р. Лурия / Ред. Е.Д. Хомская, Т.В. Ахутина. – М., 1998. – с. 193-200.

38. Лютова Е.К., Моница Г.Б. Шпаргалка для родителей: Психокоррекционная работа с гиперактивными, агрессивными, тревожными и аутичными детьми. – СПб.: Издательство «Речь»; «ТЦ Сфера», 2002 – 136 с.

39. Минигалиева М. Р. "Психологическое консультирование: теория и практика/ М. Р. Минигалиева. — Ростов н/Д : Феникс, 2008. .

40. Морозовская Е. Проективные карты в работе психолога: полное руководство/Морозовская Е.Р.; Одесса, Институт проективных карт, 2013.- 116с.

41. Мухина В.С. Возрастная психология. - М.: Академия, 2000. – 361с.

42. Насырова О.А. Психологические критерии диагностики гиперактивного поведения у детей.// Материалы докл. итоговой науч.практ. конф. АГПИ, (23 апр. 2006 г.). Астрахань, 1998. -41 с.

43. Наука и социум: Материалы Всероссийской научно-практической конференции. 15 июня 2017 г. / отв. ред. Е.Л. Сорокина – Новосибирск: Изд-во сибирский институт практической психологии, педагогики и социальной работы 2017. – 110 с.

44. Осипова Е.А., Панкратова Н.В. Динамика нейропсихологического статуса у детей с различными вариантами течения синдрома дефицита внимания и гиперактивности // Школа здоровья.- М., 1997. – Т. 4, №4. – с. 34-43.

45. Психокоррекционная и развивающая работа с детьми / И. В. Дубровина, А. Д. Андреева, Е. Е. Данилова, Т. В. Вохмянина ; под ред. И. В. Дубровиной. — М. : Академия, 1999. — 160 с.

46. Психология человека от рождения до смерти / Под ред. Реана А.А. – М.: СПб.: Еврознак, 2001. – 481с.84

47. Психотерапевтическая энциклопедия. / Под ред. Карвасарского Б.Д. - СПб.: ЗАО “Издательство “Питер”, 1999.

48. Психотерапия: Учеб. для вузов / Л. Бурлачук, А. Кочарян, М. Жидко. СПб.: Питер, 2003.

49. Ребер А. Большой толковый психологический словарь: Основные термины и понятия по психологии и психиатрии: В 2 тт./ Пер. с англ. Чеботарева Е.Ю. – М.: Аванта, 2007. – 560с.

50. Рогов Е.И. Настольная книга практического психолога в образовании. – М., 1996. – 528с.

51. Ролло Мэй. Искусство психологического консультирования. М, Независимая фирма "Класс", 1994 – 144 с.
52. Рубинштейн. С.Л. Основы общей психологии. – СПб, Питер, 2009. – 1097 с.
53. Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. М., 2002.
54. Семья в психологической консультации: Опыт и проблемы психологического консультирования / Под ред. А. А. Бодалева, В. В. Столина; Науч.-исслед. ин-т общей и педагогической психологии Акад. пед. наук СССР.—М.; Педагогика, 1989.— 208 с.
55. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей [Текст] / А. В. Грибанов; под общ. ред. А. В. Грибанова. - Москва : Академический проект, 2004. - 142 с.
56. Сиротюк А.Л. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью. Диагностика, коррекция и практические рекомендации родителям и педагогам. – М.: ТЦ Сфера, 2002. (Серия «Практическая психология».) – 293 с.
57. Скворцов И.А. Развитие нервной системы у детей (нейроонтогенез и его нарушения). М., 2000.
58. Славина Л.С. Трудные дети. – М.: Владос, 1998 – 374 с.85
59. Сорокоумова Е.А. Возрастная психология. – СПб.: Питер, 2009. – 208с.
60. Справочник детского психиатра и невропатолога /Под ред. Л.А. Булаховой. -Киев: Здоровья., 1985. 285 с.
61. Столяренко Л.Д., □Основы психологии□, Ростов-на-Дону, Феникс , 2002

62. Тамбиев А.Э., Медведев С.Д., Литвиненко О.В. Динамика основных свойств внимания у детей младшего школьного возраста с синдромом дефицита внимания. М., 2001.

63. Уэндер П., Шейдер Р. Синдром нарушения внимания с гиперактивностью. [Электронный ресурс]: http://www.xenoid.ru/materials/materials_psy/psy-book18.php

64. Халецкая О.В., Трошин В.М. Минимальные дисфункции мозга в детском возрасте: Методическое пособие для студентов мед. вузов и врачей. - Н.-Новгород. 1995.

65. Хухлаева О. В. Основы психологического консультирования и психологической коррекции: Учеб. пособие для студентов высш. пед. учеб. заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2001.

66. Цветков А.В. Гиперактивный ребенок: нейропедагогика саморегуляции. – М.: Издательство «Спорт и Культура - 2000», 2017. – 128с.

67. Цветкова Л.С. Методика нейропсихологической диагностики детей. М., 2000.

68. Чикина, Е.С. Синдром нарушения внимания с гиперактивностью у детей и подростков / Е.С. Чикина// Трудный пациент. 2007. - №2. -С. 52-55.

69. Чистякова М. И. Психогимнастика. М.,1990. - 127 с.

70. Шанько Г.Г. Неврозы у детей - Минск.: Харвест, 2007.

71. Шевченко Ю.С. Коррекция поведения детей с гиперактивностью и психопатоподобным синдромом: Практическое руководство для врачей и психологов. М., 1997.86

72. Шевченко Ю.С., Добридень В.П. Онтогенетически ориентированная психотерапия. М., 1998.

73. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В. Психология и психотерапия семьи. СПб., 1999.

74. Эльконин Д.Б. Детская психология. – М.: Академия, 2007. – 319 с.
<https://www.healthline.com>, RannaParekh, M.D., M.P.H. July 2017
<https://www.psychiatry.org/patients-families/adhd/what-is-adh>

75. Аккерман Н. Роль семьи в появлении расстройств у детей // Семейная психотерапия. — СПб: Питер, 2000.

76. Алексеева А.М. Психологические аспекты проблемы СДВГ: основные направления психокоррекционной работы // СДВГ и родственные формы когнитивных нарушений, эмоциональных дисфункций и поведенческих расстройств: Материалы конференции «Мнухинские чтения», 19 мая 2006. — СПб, 2006. — С. 5–7.

77. Болотовский Г.В., Чутко Л.С., Попова И.В. Гиперактивный ребенок. — СПб: НПК «Омега», 2010. — 160 с.

78. Брызгунов И. П., Касатикова Е.В. Непоседливый ребенок, или Все о гиперактивных детях. — М.: Издательство Института психотерапии, 2003. — 96 с.

79. Брызгунов И.П. и др. Психосоматика у детей. — М.: Психотерапия, 2009. — 480 с.

80. Демьянов А.Ю. Нарушение внутрисемейных взаимоотношений у детей с гипердинамическим синдромом // СДВГ и родственные формы когнитивных нарушений, эмоциональных дисфункций и поведенческих расстройств: Материалы конференции «Мнухинские чтения», 19 мая 2006. — СПб, 2006. — С. 19–23.

81. Дети с СДВГ: причины, диагностика, комплексная помощь / Под ред. М.М. Безруких. — М.: НПО «МОДЭК», 2009. — 248 с.

82. Зинкевич-Евстигнеева Т. Д., Нисневич Л.А. Как помочь «особому» ребенку. — СПб: Речь, 1998.

83. Моница Г.Б., Лютова-Робертс Е.К., Чутко Л.С. Гиперактивные дети: психолого-педагогическая помощь: Моно- графия. — СПб: Речь, 2007. — 186 с.

84. Романчук О.И. Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей. — М.: Генезис, 2010. — 336 с.

85. Фесенко Е.В., Фесенко Ю.А. Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей. — СПб: Наука и Техника, 2010. — 384 с.

86. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. — СПб: Питер, 2000. — 656 с.

87. Barkley R. Defiant children: A clinician' s manual for assessment and parent training. — N.Y.: Guilford Press, 1997. 14. Barkley R. Attention deficit hyperactivity disorder: A hand-book for diagnosis and treatment. — N.Y.: Guilford Press, 1996.

Анкета “Признаки импульсивности”.

Цель: определение уровня импульсивности ребенка.

Инструкция: заполните анкету, отвечая "да" или "нет".

Импульсивный ребенок:

1. Всегда быстро находит ответ, когда его о чем-то спрашивают (возможно, и неверный).
2. У него часто меняется настроение.
3. Многие вещи его раздражают, выводят из себя.
4. Ему нравится работа, которую можно делать быстро.
5. Обидчив, но не злопамятен.
6. Часто чувствуется, что ему все надоело.
7. Быстро, не колеблясь, принимает решения.
8. Может резко отказаться от еды, которую не любит.
9. Нередко отвлекается на занятиях.
10. Когда кто-то из ребят на него кричит, он кричит в ответ.
11. Обычно уверен, что справится с любым заданием.
12. Может нагрубить родителям, воспитателю.
13. Временами кажется, что он переполнен энергией.
14. Это человек действия, рассуждать не умеет и не любит.
15. Требуется к себе внимания, не хочет ждать.
16. В играх не подчиняется общим правилам.
17. Горячится во время разговора, часто повышает голос.
18. Легко забывает поручения старших, увлекается игрой.
19. Любит организовывать и предводительствовать.
20. Похвала и порицание действуют на него сильнее, чем на других.

Для получения объективных данных необходимо, чтобы 2—3 взрослых человека, хорошо знающих ребенка, оценили уровень его импульсивности с

помощью данной анкеты. Затем надо суммировать все баллы во всех исследованиях и найти средний балл.

Результат 15—20 баллов свидетельствует о высокой импульсивности, 7—14 — средней, 1—6 баллов — низкой.

Методика Пьерона – Рузера

Цель: выявить степень сосредоточенности внимания на одних объектах и его отвлечение от других.

Материал и оборудование: бланк теста Пьерона-Рузера, карандаш и секундомер.

Инструкция: "Вам предложен тест с изображенными на нем квадратом, треугольником, кругом и ромбом. По сигналу "Начали" расставьте как можно быстрее и без ошибок следующие знаки в эти геометрические фигуры: в квадрат – плюс, в треугольник – минус, в кружок – ничего не ставьте и в ромб – точку. Знаки расставляйте подряд построчно. Время на работу отпущено 60 секунд. По моему сигналу "Стоп!" расставлять знаки прекратите" Экспериментатор в ходе исследования контролирует время с помощью секундомера и подает команды "Начали!" и "Стоп!"

Обработка и анализ результатов: Результатами данного тестирования являются: количество обработанных испытуемым за 60 с геометрических фигур, считая и кружок, и количество допущенных ошибок.

Уровень концентрации внимания определяют по таблице. Число обработанных фигур.

Уровень концентрации внимания:

очень высокий 91-99

высокий 80-90

65-79 3-4 средний низкий

64 и меньше 5 очень низкий

За допущенные при выполнении задания ошибки ранг снижается. Если ошибок 1-2. то ранг снижается на единицу, если 3-4 – на два ранга концентрация внимания считается хуже, а если ошибок больше 4, то – на три

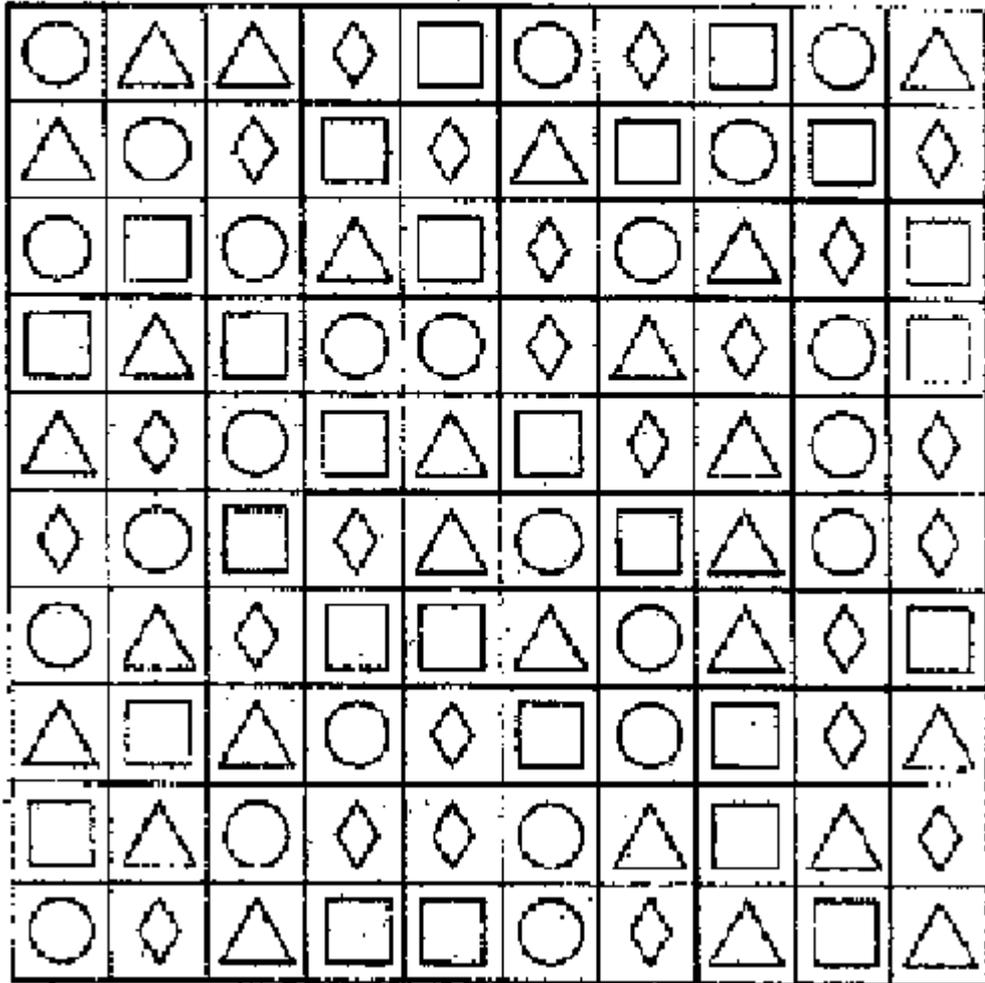
ранга. При анализе результатов необходимо установить причины, обусловившие данные результаты. Среди них важное значение имеет установка, готовность испытуемого выполнять инструкцию и обрабатывать фигуры расставляя в них знаки как можно скорее, или же его ориентации на безошибочность заполнения теста. В ряде случаев показатель концентрации внимания может быть ниже возможного из-за слишком большого желания человека показать свои способности, добиться максимального результата (то есть своего рода соревновательности). Причиной снижения концентрации внимания могут быть также состояние утомления, плохое зрение, болезнь.

Испытуемый: _____

Дата _____

Экспериментатор: _____

Время _____



Анализ результатов по шкале ОЦЕНКИ СДВГ – КРИТЕРИИ МКБ 10 Версия для родителей и воспитателей Н. К. Сухотина, Т. И. Егорова

С целью проведения диагностики особенностей поведения детей с синдромом гиперактивности и дефицита внимания у детей, не имеющих выраженных проблем проводился опрос родителей по шкале оценки СДВГ - критерии МКБ-10 в интерпретации Н.К. Сухотиной и Т.Е. Егорова [Приложение] Опросник содержит перечень вопросов возможных нарушений поведения при

СДВГ. Этот опросник можно использовать для оценки поведения дома, а также с его помощью возможно наблюдать за улучшением поведения ребенка на фоне психолого-медико-педагогического воздействия.

Для каждого вопроса (от 1 до 18) выберите ту оценку, которая наилучшим образом подходит к особенностям поведения вашего ребенка. Возможно использование следующих оценок: часто - 3 балла, не часто - 2 балла, иногда - 1 балл, никогда - 0 баллов.

Невнимательность определяется пунктами: 1,3,5,7,9 11,13,15,17.

Гиперактивность: 2,4,6,8, 10

Импульсивность: 12,14,16,18.

«Методика тестирования обязательно включает предварительное ознакомление родителей и воспитателей/учителей с основными сведениями, касающимися СДВГ у детей, целями и задачами тестирования. Без вводной части сама процедура тестирования может быть неправильно истолкована, что приведет к эмоциональным искажениям при оценке состояния ребенка при заполнении бланка»

Таблица 1 - Бланк опросника шкалы оценки СДВГ – критерии МКБ 10

Симптомы	Степень выраженности симптома			
	Никогда или редко (0)	Иногда (1)	Часто (2)	Очень часто (3)
1 Неспособен удерживать внимание на деталях из-за чего допускает ошибки при выполнении школьных заданий и других видах деятельности				

Продолжение Таблицы 1

2	Проявляет бесцельную двигательную активность: бегают, прыгает, пытается куда-то залезть часто в неприемлемых ситуациях				
3	Теряет свои вещи				
4	Не может тихо спокойно играть или заниматься чем-либо на досуге				
5	Способен концентрировать внимание только на вещах, представляющих интерес				
6	При необходимости сидеть на одном месте крутится, вертится, беспокойно двигает руками или ногами				
7	Обычно не заканчивает начатое дело до конца				
8	Болтлив, часто говорит взахлеб, болтовней надоедает окружающим				
9	Легко отвлекается на посторонние раздражители				

Продолжение Таблицы 1

<p>10. Предпочитает подвижные игры, во время которых неадекватно шумен (кричит, топает ногами, хлопает в ладоши и т.п.)</p>				
<p>11. Избегает (выражает недовольство) при выполнении заданий, требующих длительного сохранения внимания</p>				
<p>12 На вопросы отвечает не задумываясь, часто не выслушав их до конца</p>				
<p>13 Неспособен придерживаться инструкций и выполнить до конца задание без организующей помощи взрослых</p>				
<p>14 Неспособен ждать, дожидаться своей очереди в различных групповых ситуациях</p>				
<p>15 Временами не слушает обращенную к нему речь, кажется, что он не слышит</p>				

Завершение Таблицы 1

16 Вмешивается в разговоры старших или игры других детей, перебивает, мешают				
17 Забывчив в повседневной деятельности, без злого умысла нарушает одни и те же правила, требования распорядка дня				
18 Нетерпелив, возникшее желание немедленно реализует или настаивает на выполнении другими				

Итоговый результат в опроснике для родителей,

0-8 баллов нет диагноза

9-17 нет диагноза

18-26 субпорог

27-35 СДВГ

35-43 СДВГ

Анализ семейных взаимоотношений” (Методика АСВ)

(Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. В.) существует в двух вариантах — для родителей детей и подростков.

Тест "Анализ семейных взаимоотношений" предназначен для изучения влияния родителей в воспитании ребенка или подростка и поиска ошибок в родительском воспитании. Методика "Анализ семейных взаимоотношений" позволяет диагностировать нежелательное, некорректное

влияние членов семьи друг на друга, нарушения при выполнении ролей в семье и помехи для ее целостности.

Описание методики. Опросник АСВ включает 130 утверждений, касающихся воспитания детей. В него заложены 20 шкал. Первые 11 шкал отражают основные стили семейного воспитания; 12,13, 17 и 18-я шкалы позволяют получить представление о структурно-ролевом аспекте жизнедеятельности семьи, 14-я и 15-я шкалы демонстрируют особенности функционирования системы взаимных влияний, 16, 19-я и 20-я шкалы — работу механизмов семейной интеграции.

Инструкция к тесту Эйдемиллера:

Уважаемый родитель! Предлагаемый Вам опросник содержит утверждения о воспитании детей. Утверждения пронумерованы. Такие же номера есть в „Бланке для ответов“.

Читайте по очереди утверждения опросника. Если Вы в общем согласны с ними, то в „Бланке для ответов“ обведите кружком номер ответа. Если Вы в общем не согласны — зачеркните тот же номер. Если очень трудно выбрать, то поставьте на номере вопросительный знак. Старайтесь, чтобы таких ответов было не больше пяти.

В опроснике нет „неправильных“ или „правильных“ утверждений.

Отвечайте так, как Вы сами думаете.

Текст опросника Эйдемиллера.

(для родителей детей в возрасте 3-10 лет)

1. Все, что я делаю, я делаю ради моего сына (дочери).
2. У меня часто не хватает времени позаниматься с сыном (дочерью) — пообщаться, поиграть.
3. Мне приходится разрешать моему ребенку такие вещи, которые не разрешают многие другие родители.
4. Не люблю, когда сын (дочь) приходит ко мне с вопросами. Лучше, чтобы догадался (догадалась) сам(а).

5. Наш ребенок имеет больше обязанностей — уход за собой, поддержание порядка — чем большинство детей его возраста.
6. Моего ребенка очень трудно заставить сделать что-нибудь, что он не любит.
7. Всегда лучше, если дети не думают о том, правильно ли поступают их родители.
8. Мой сын (дочь) легко нарушают запреты.
9. Если хочешь, чтобы твой(я) сын (дочь) стал(а) человеком, не оставляй безнаказанным ни одного его (ее) плохого поступка.
10. Если только возможно, я стараюсь не наказывать сына (дочь).
11. Когда я в хорошем настроении, я нередко прощаю своему сыну (дочери) то, за что в другое время наказал(а) бы.
12. Я люблю своего сына (дочь) больше, чем люблю (любила) супруга.
13. Младшие дети мне нравятся больше, чем старшие.
14. Если мой сын (дочь) подолгу упрямится или злится, у меня бывает чувство, что я поступил(а) по отношению к нему (ней) неправильно.
15. У нас долго не было ребенка, хотя мы его очень ждали.
16. Общение с детьми, в общем-то, утомительное дело.
17. У моего сына (дочери) есть некоторые качества, которые выводят меня из себя.
18. Воспитание моего сына (дочери) шло бы гораздо лучше, если бы мой муж (моя жена) не мешал(а) бы мне.
19. Большинство мужчин легкомысленнее, чем женщины.
20. Большинство женщин легкомысленнее, чем мужчины.
21. Мой сын (дочь) для меня — самое главное в жизни.
22. Часто бывает, что я не знаю, что делает в данный момент мой ребенок.
23. Если игрушка ребенку нравится, я куплю ее, сколько бы она ни стоила.
24. Мой сын (дочь) непонятлив(а). Легче самому два раза сделать, чем 1 раз объяснить ему (ей).
25. Моему сыну (дочери) нередко приходится (или приходилось раньше) просматривать за младшим братом (сестрой).

26. Нередко бывает так: я несколько раз напоминаю сыну (дочери) о необходимости сделать что-нибудь, а потом плюну и сделаю сам(а).
27. Родители ни в коем случае не должны допускать, чтобы дети подмечали их слабости и недостатки.
28. Мой сын (дочь) сам(а) решает, с кем ему (ей) играть.
29. Дети должны не только любить своих родителей, но и бояться их.
30. Я очень редко ругаю сына (дочь).
31. В нашей строгости к сыну (дочери) бывают большие колебания. Иногда мы очень строги, а иногда все разрешаем.
32. Мы с ребенком понимаем друг друга лучше, чем мы с супругом.
33. Меня огорчает то, что мой сын (дочь) быстро становится взрослым(ой).
34. Если ребенок упрямится, потому что плохо себя чувствует, то лучше все сделать так, как он хочет.
35. Мой ребенок растет слабым и болезненным.
36. Если бы у меня не было детей, я бы добился (добилась) в жизни гораздо большего.
37. У моего сына (дочери) есть слабости, которые не исправляются, хотя упорно с ними борюсь.
38. Нередко бывает, что, когда я наказываю моего сына (дочь), мой муж (жена) тут же начинает упрекать меня в излишней строгости и утешать его (ее).
39. Мужчины более склонны к супружеской измене, чем женщины.
40. Женщины более склонны к супружеской измене, чем мужчины.
41. Заботы о сыне (дочери) занимают большую часть моего времени.
42. Мне много раз пришлось пропускать родительские собрания.
43. Я стремлюсь к тому, чтобы мой ребенок был обеспечен лучше, чем другие дети.
44. Если побыть в обществе моего сына (дочери), можно сильно устать.
45. Мне часто приходилось давать сыну (дочери) трудные для его (ее) возраста поручения.
46. Мой ребенок никогда не убирает за собой игрушки.

47. Главное, чему родители должны научить своих детей, — это слушаться.
48. Мой ребенок сам решает, сколько, чего и когда ему есть.
49. Чем строже родители к ребенку, тем лучше для него.
50. По характеру я — мягкий человек.
51. Если моему сыну (дочери) что-то от меня нужно, он (она) старается выбрать момент, когда я в хорошем настроении.
52. Когда я думаю о том, что когда-нибудь мой сын (дочь) вырастет и я буду ему (ей) не нужна, у меня портится настроение.
53. Чем старше дети, тем труднее иметь с ними дело.
54. Чаще всего упрямство ребенка бывает вызвано тем, что родители не умеют к нему подойти.
55. Я постоянно переживаю за здоровье сына (дочери).
56. Если бы у меня не было детей, мое здоровье было бы гораздо лучше.
57. Некоторые очень важные недостатки моего сына (дочери) упорно не исчезают, несмотря на все меры.
58. Мой сын (дочь) недолюбливает моего мужа (жену).
59. Мужчина хуже понимает чувства другого человека, чем женщина.
60. Женщина хуже понимает чувства другого человека, чем мужчина.
61. Ради моего сына (дочери) мне от многого в жизни пришлось и приходится отказываться.
62. Родители, которые слишком много суеются вокруг своих детей, вызывают у меня раздражение.
63. Я трачу на моего сына (дочь) значительно больше денег, чем на себя.
64. Не люблю, когда сын (дочь) что-то просит. Я сам(а) лучше знаю, чего ему (ей) надо.
65. У моего сына (дочери) детство более трудное, чем у большинства его (ее) товарищей.
66. Дома мой сын (дочь) делает только то, что ему (ей) хочется, а не то, что надо.
67. Дети должны уважать родителей больше, чем всех других людей.

68. Если мой ребенок не спит, когда ему положено, я не настаиваю.
69. Я строже отношусь к своему сыну (дочери), чем другие родители к своим детям.
70. От наказаний мало проку.
71. Члены нашей семьи неодинаково строги с сыном (дочерью). Одни балуют, другие, наоборот, — очень строги.
72. Мне бы хотелось, чтобы мой сын (дочь) не любил(а) никого, кроме меня.
73. Мне нравятся маленькие дети, поэтому я не хотел(а) бы, чтобы мой сын (моя дочь) слишком быстро вырос(а).
74. Часто я не знаю, как правильно поступить с моим сыном (дочерью).
75. В связи с плохим здоровьем сына (дочери) нам приходится ему (ей) многое позволять.
76. Воспитание детей — тяжелый и неблагодарный труд. Им отдаешь все, а взамен и не получаешь ничего.
77. С моим сыном (дочерью) мало помогает доброе слово. Единственное, что на него (нее) действует, — это постоянные строгие наказания.
78. Мой муж (жена) старается настроить сына (дочь) против меня.
79. Мужчины чаще, чем женщины, действуют безрассудно, не обдумав последствий.
80. Женщины чаще, чем мужчины, действуют безрассудно, не обдумав последствий.
81. Я все время думаю о моем сыне (дочери), о его (ее) делах, здоровье и т. д.
82. Так повелось, что о ребенке я вспоминаю, если он что-нибудь натворил или с ним что-нибудь случилось.
83. Мой сын (дочь) умеет добиться от меня того, чего хочет.
84. Мне больше нравятся тихие и спокойные дети.
85. Стараюсь как можно раньше приучить ребенка помогать по дому.
86. У моего сына (дочери) мало обязанностей по дому.
87. Даже если дети уверены, что родители не правы, они должны делать так, как говорят родители.

88. В нашей семье так принято, что ребенок делает что хочет.
89. Бывают случаи, когда лучшее наказание — ремень.
90. Многие недостатки в поведении моего ребенка пройдут сами собой с возрастом.
91. Когда наш сын (дочь) что-то натворит, мы беремся за него (нее). Если все тихо, опять оставляем его (ее) в покое.
92. Если бы мой сын не был моим сыном, а я бы была помоложе, то наверняка влюбилась бы в него.
93. Мне интереснее говорить с маленькими детьми, чем с большими.
94. В недостатках моего сына (дочери) виноват(а) я сам(а), потому что не умел(а) его (ее) воспитывать.
95. Только благодаря нашим огромным усилиям сын (дочь) остался(лась) жить.
96. Нередко завидую тем, кто живет без детей.
97. Если предоставить моему сыну (дочери) свободу, он (она) немедленно использует ее во вред себе или окружающим.
98. Нередко бывает, что если я говорю своему сыну (дочери) одно, то мой муж (жена) специально говорит наоборот.
99. Мужчины чаще, чем женщины, думают только о себе. 100. Женщины чаще, чем мужчины, думают только о себе.
101. Я трачу на сына (дочь) больше сил и времени, чем на себя.
102. Я довольно мало знаю о делах сына (дочери).
103. Желание моего сына (дочери) для меня — закон.
104. Мой сын очень любит спать со мной.
105. У моего сына (дочери) плохой желудок.
106. Родители нужны ребенку, лишь пока он не вырос. Потом он все реже вспоминает о них.
107. Ради моего сына (дочери) я пошел бы (пошла бы) на любую жертву.
108. Моему сыну (дочери) нужно уделять значительно больше времени, чем я могу.
109. Мой сын (дочь) умеет быть таким милым, что я ему все прощаю.

110. Мне бы хотелось, чтобы сын женился попозже, после 30 лет.
111. Руки и ноги моего сына (дочери) часто бывают очень холодными.
112. Большинство детей — маленькие эгоисты. Они совсем не думают о здоровье и чувствах своих родителей.
113. Если не отдавать моему сыну (дочери) все время и силы, то все может плохо кончиться.
114. Когда все благополучно, я меньше интересуюсь делами сына (дочери).
115. Мне очень трудно сказать своему ребенку: “Нет”.
116. Меня огорчает, что мой сын (дочь) все меньше нуждается во мне.
117. Здоровье моего сына (дочери) хуже, чем здоровье большинства других детей.
118. Многие дети испытывают слишком мало благодарности по отношению к родителям.
119. Мой сын (дочь) не может обходиться без моей постоянной помощи.
120. Большую часть своего свободного времени сын (дочь) проводит вне дома — в яслях, в детском саду, у родственников.
121. У моего сына (дочери) вполне хватает времени на игры и развлечения.
122. Кроме моего сына, мне больше никто на свете не нужен.
123. У моего сына (дочери) прерывистый и беспокойный сон.
124. Нередко я думаю, что слишком рано женился (вышла замуж).
125. Все, что мой сын (дочь) умеют к настоящему времени, он(а) научился(лась) только благодаря моей постоянной помощи.
126. Делами сына (дочери) в основном занимается мой муж (жена).
127. Я не могу вспомнить, когда в последний раз отказал(а) своему ребенку в покупке какой-нибудь вещи (мороженое, конфеты, пепси-кола и т. д.).
128. Мой сын говорил мне: “Вырасту, женюсь на тебе, мама”.
129. Мой сын (дочь) часто болеет.
130. Семья не помогает мне, а осложняет мою жизнь.

На бланке регистрации ответов номера ответов, относящихся к одной шкале, расположены в одной строке (исключение составляют 6 шкал,

подчеркнутых в регистрационном бланке). Это дает возможность быстрого подсчета баллов по каждой шкале путем суммирования положительных ответов. За каждый положительный ответ дается 1 балл. Справа в бланке регистрации ответов указано сокращенное название шкалы и диагностическое значение. Если число баллов определенной шкалы достигает или превышает диагностическое значение, то у обследуемого родителя присутствует данный тип отклонения в воспитании.

Если название шкал подчеркнуты, то к результату необходимо прибавить число баллов по дополнительной шкале, которая находится в нижней части бланка и обозначена теми же буквами.

При наличии отклонений по нескольким шкалам необходимо обратиться к Таблице "Диагностика типов семейного воспитания" для установления типа неправильного семейного воспитания.

1	21	41	61	81	Г+	7
2	22	42	62	82	Г -	8
3	23	43	63	83	У+	8
4	24	44	64	84	У-	4
5	25	45	65	85	Т+	4
6	26	46	66	86	Т-	4
7	27	47	67	87	З+	4
8	28	48	68	88	З-	3
9	29	49	69	89	С+	4

10	30	50	70	90	С-	4
11	31	51	71	91	Н	5
12	32	52	72	92	РРЧ	6
13	33	53	73	93	ПДК	4
14	34	54	74	94	ВН	5
15	35	55	75	95	ФУ	6
16	36	56	76	96	НРЧ	7
17	37	57	77	97	ПНК	4
18	38	58	78	98	ВК	4
19	39	59	79	99	ПЖК	4
20	40	60	80	100	ПМК	4
101	107	113	119	125	Г+	
102	108	114	120	126	Г-	
103	109	115	121	127	У+	
104	110	116	122	128	РРЧ	
105	111	117	123	129	ФУ	
106	112	118	124	130	НРЧ	

Интерпретация.

Описание шкал в том порядке, в каком они расположены в опроснике. Характеристика шкал опросника

1. Гиперпротекция (Г+). При гиперпротекции родители уделяют подростку крайне много сил, времени, внимания: воспитание является центральным делом в жизни родителей. Типичные высказывания таких родителей отражают то важное место, которое подросток занимает в их жизни, и содержат полные опасений представления о том, что произойдет, если не отдать ему все свои силы и время. Эти типичные высказывания использованы при разработке соответствующей шкалы.

2. Гипопротекция (Г-) — ситуация, при которой ребенок оказывается на периферии внимания родителей, до него “руки не доходят”, родителю “не до него”. Подросток часто выпадает из виду. За него берутся лишь время от времени, когда случается что-то серьезное. Вопросы данной шкалы отражают типичные высказывания таких родителей.

Эти две шкалы определяют уровень протекции, то есть речь идет о том, сколько сил, внимания, времени уделяют родители воспитанию ребенка. Таким образом, здесь рассматриваются два уровня протекции: чрезмерная (гиперпротекция) и недостаточная (гипопротекция).

3. Потворствование (У+). О потворствовании говорят в том случае, когда родители стремятся к максимальному и некритическому удовлетворению любых потребностей ребенка. Они “балуют” его. Любое его желание — для них закон. Объясняя необходимость такого воспитания, родители приводят аргументы, являющиеся типичной рационализацией: “слабость” ребенка, его исключительность, желание дать ему то, чего в свое время был лишен сам родитель, то, что подросток растет один, без отца и т. п.

4. Игнорирование потребностей подростка (У-). Данный стиль воспитания противоположен потворствованию и характеризуется недостаточным стремлением родителя к удовлетворению потребностей

ребенка. Чаще страдают при этом духовные потребности, особенно потребности в эмоциональном контакте, общении с родителями, в их любви.

Описываемый стиль проявляется в определенных высказываниях родителей, косвенно отражающих их нежелание общаться с детьми, в предпочтении детей, ничего не требующих от родителей.

Эти две шкалы измеряют степень удовлетворения потребностей ребенка, то есть то, в какой мере деятельность родителей нацелена на удовлетворение потребностей подростка, как материально-бытовых (в питании, одежде, предметах развлечений), так и духовных (прежде всего — в общении с родителями, в их любви и внимании). Данная черта семейного воспитания принципиально отличается от уровня протекции, поскольку характеризует не меру занятости родителей воспитанием ребенка, а степень удовлетворения его потребностей. Так называемое “спартанское воспитание” — пример высокого уровня протекции (родитель много занимается воспитанием, уделяет ему большое внимание) и вместе с тем низкого удовлетворения потребностей ребенка.

5. Чрезмерность требований (обязанностей) (Т+). Именно это качество лежит в основе типа неправильного воспитания “повышенная моральная ответственность”. Требования к ребенку в этом случае очень велики, непомерны, не соответствуют его возможностям, не только не содействуют развитию его личности, а, напротив, ставят его под угрозу. В одном случае на ребенка перекладывается более или менее значительная часть обязанностей родителей (ведение хозяйства, уход за малолетними детьми). Такие родители, как правило, осознают, что ребенок очень загружен, но не видят чрезмерности нагрузки. Они уверены к тому же, что этого требуют обстоятельства, в которых семья находится в данный момент. В другом — от ребенка ожидают значительных и не соответствующих его способностям успехов в учебе или других престижных занятиях (художественная самодеятельность, спорт и т. п.).

Такие родители подчеркивают в беседе с психологом те условия, которые прилагают для организации его успехов.

6. Недостаточность обязанностей подростка (Т-). В этом случае ребенок имеет минимальное количество обязанностей в семье. Данная особенность воспитания проявляется в высказываниях родителей о том, что трудно привлечь ребенка к какому-нибудь делу по дому.

Эти две шкалы дают представления о требованиях-обязанностях ребенка, то есть тех заданиях, которые он выполняет (учеба, уход за собой, участие в организации быта, помощь другим членам семьи).

7. Чрезмерность требований-запретов (доминирование) (3+). В этом случае ребенку “все нельзя”. Ему предъявляется огромное количество требований, ограничивающих его свободу и самостоятельность. У стеничных подростков такое воспитание форсирует реакцию эмансипации, у менее стеничных провоцирует развитие черт сенситивной и тревожно-мнительной (психастенической) акцентуаций. Типичные высказывания родителей отражают их страх перед любым проявлением самостоятельности ребенка. Этот страх проявляется в резком преувеличении последствий, которые могут иметь место даже при незначительном нарушении запрета, а также в стремлении подавить самостоятельность мысли подростка.

8. Недостаточность требований-запретов к ребенку (3-). Родители так или иначе транслируют ребенку, что ему “все можно”. Даже если существуют какие-то запреты, ребенок их легко нарушает, зная, что с него никто не спросит. Он сам определяет время возвращения домой вечером, круг друзей, вопрос о курении и употреблении алкоголя. Он ни за что не отчитывается перед родителями. Родители при этом не хотят или не могут установить какие-либо рамки в его поведении. Данное воспитание стимулирует развитие гипертимного типа характера у подростка, особенно неустойчивого типа.

Эти две шкалы указывают на то, что ребенку нельзя делать. Они определяют, прежде всего, степень самостоятельности ребенка, возможность самому выбирать способ поведения.

9. Чрезмерность санкций (жестокий стиль воспитания) (С+). Для этих родителей характерна приверженность к строгим наказаниям, чрезмерная

реакция даже на незначительные нарушения. Типичные высказывания этих родителей отражают их убеждения в полезности для детей максимальной строгости.

10. Минимальность санкций (С-). Родители склонны обходиться без наказаний или применять их крайне редко. Они уповают на поощрения, сомневаются в результативности любых наказаний.

Эти две шкалы дают представление о строгости наказаний, применяемых к ребенку родителями за невыполнение семейных требований.

11. Неустойчивость стиля воспитания (Н). Оценки по этой шкале позволяют говорить о постоянной резкой смене стиля воспитания, приемов воспитания. Они свидетельствуют о “шараханьях” родителей: от очень строгого стиля к либеральному и, наоборот, от значительного внимания к ребенку к эмоциональному отвержению. При этом родители, как правило, признают значительные колебания в воспитании подростка, однако недооценивают размах (частоту этих колебаний).

Возможно большое количество сочетаний перечисленных стилей семейного воспитания. Однако особенно важное значение имеют устойчивые сочетания, формирующие следующие типы неправильного воспитания.

Потворствующая гиперпротекция (Г+, У+, Т-, З-, С-). Ребенок находится в центре внимания семьи, которая стремится к максимальному удовлетворению его потребностей. Этот тип воспитания содействует развитию демонстративных (истероидных) и гипертимных черт характера у ребенка.

Доминирующая гиперпротекция (Г+, У±, Т±, З+, С±). Ребенок также находится в центре внимания родителей, которые отдают ему много сил и времени, но в то же время лишают его самостоятельности, ставя многочисленные ограничения и запреты. У гипертимных подростков такое воспитание усиливает реакцию эмансипации. При тревожно-мнительной (психастенической), сенситивной, астеноневротической акцентуациях характера доминирующая гиперпротекция усиливает астенические черты.

Эмоциональное отвержение (Г-, У-, Т±, З±, С±) включает в себе сочетание пониженной протекции и игнорирование потребностей ребенка и нередко проявляется в жестком обращении с ним. В крайнем варианте — это воспитание по типу “Золушки”. При таком воспитании усиливаются черты эпилептоидной акцентуации характера, а у подростков с эмоционально-лабильной, сенситивной и астеноневротической акцентуациями характера могут формироваться процессы декомпенсации и невротические расстройства.

Анкета для матерей по оценке состояния здоровья в разные периоды беременности и родов

Анкета для матерей по оценке состояния здоровья в период вынашивания ребенка (пренатальный), период родов (интранатальный) и послеродовой период (постнатальный)

1. ФИО ____ пол _____ возраст _____ образование _____
2. Как протекала беременность:
 - а) с осложнениями (какими?) _____
 - б) без осложнений.
2. Как протекали роды:
 - а) с осложнениями (какими?) _____
 - б) без осложнений
3. Какой по счету ребенок?
4. Полная или неполная семья?
5. Удовлетворительны ли материальные условия?
6. Отношение близких и родных к появлению ребенка?
7. Отношение матери к диагнозу СДВГ и гиперактивности ребенка?

Приложение Б

Таблица 1. – Индивидуальные результаты констатирующего эксперимента по опроснику «Анкета импульсивности»

№	Участник	Высокий уровень	Средний уровень	Низкий уровень	Общий уровень
1	Лера Р.	0	10	0	средний
2	Соня М.	0	11.5	0	средний
3	Егор П.	15.5	0	0	высокий
4	Максим Е.	16	0	0	высокий
5	Артем К.	16	0	0	высокий

Таблица 2. – Индивидуальные результаты констатирующего эксперимента по методике «Пьерона-Рузера»

№	Участник	Высокий уровень	Средний уровень	Низкий уровень	Общий уровень
1	Лера Р.	0	0	71	низкий
2	Соня М.	0	0	68	низкий
3	Егор П.	0	83	0	средний
4	Максим Е.	0	86	0	средний
5	Артем К.	0	80	0	средний

*Примечание к таблице 2. – в методике исследовался уровень концентрации внимания. Таким образом, низкий уровень концентрации внимания соответствует проявлению высокого уровня дефицита внимания.

Таблица 3. – Индивидуальные результаты констатирующего эксперимента по шкале оценки СДВГ – критерии МКБ-10.

№	Участник	Высокий уровень	Средний уровень	Низкий уровень	Общий уровень
1	Лера Р.	27	0	0	высокий
2	Соня М.	28	0	0	высокий
3	Егор П.	29	0	0	высокий
4	Максим Е.	29	0	0	высокий
5	Артем К.	27	0	0	высокий

Таблица 4. – Индивидуальные результаты констатирующего эксперимента по методике «Анализ семейных взаимоотношений» (Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. В.) в варианте для родителей детей.

№	Участник	З+	Т+	З-	Т-	Г-	Стиль воспитания
1	Виктория Р.	+	+	-	-	-	патологизирующий

Продолжение Таблицы 4

2	Анастасия Д.	+	+	-	-	-	патологизирующий
3	Екатерина Р.	-	-	+	+	+	патологизирующий
4	Наталья Е.	-	-	+	+	+	патологизирующий
5	Елена К.	-	-	+	+	+	патологизирующий

3+ чрезмерность требований/запретов

T+ чрезмерность требований/обязанностей

3- недостаточность требований/запретов

T- недостаточность требований/обязанностей

Г- гипопротекция

Таблица 5. – Результаты общего уровня СДВГ по совокупности методик

№	Участник	Таблица 1	Таблица 2	Таблица 3	Общий уровень СДВГ
1	Лера Р.	средний	*низкий	высокий	высокий
2	Соня М.	средний	*низкий	высокий	высокий
3	Егор П.	высокий	средний	высокий	высокий
4	Максим Е.	высокий	средний	высокий	высокий
5	Артем К.	высокий	средний	высокий	высокий

*Примечание к таблице 4.- так как в таблице 2 низкий уровень концентрации внимания соответствует высокому уровню дефицита внимания общий уровень СДВГ получился высокий.

Карта наблюдения за детьми и их родителями до формирующего эксперимента

Таблица 1. - Карта наблюдения Лера Р. и мама Виктория Р.

Ребенок – Лера Р.(СДВ)	Родитель – Виктория Р.
<p>Возраст – 5 лет 11 месяцев. Характеристика: пошла самостоятельно в 1 год 2 месяца. Отдельные слова - к полутора годам, фразовая речь с 2,2 лет. Посещала детский сад с 3,3 лет. Воспитатели хвалили ребенка за спокойное поведение, ставили его в пример другим детям (со слов матери). Лера все знает, но постоянно отвлекается на занятиях. Дома тоже приходится по сто раз ей повторять одно и то же. На занятиях Лера малоподвижна, зажата, отвлекается (рассматривает обстановку группы, смотрит на игрушки). В контакт вступает не сразу, насторожена. Часто переспрашивает заданный ей вопрос, выглядит усталой.</p>	<p>Возраст – 32 года. Характеристика: девочка от 2-й беременности, протекавшей с угрозой прерывания на сроках 16-18 и 26-30 недель на фоне медикаментозного сохранения беременности. Роды вторые, преждевременные (на сроке 37 недель), со стимуляцией из-за слабости родовой деятельности. Ребенок желанный. У матери выявлены следующие стили патологизирующего семейного воспитания: гипопротекция (8), чрезмерность требований-обязанностей (4), чрезмерность санкций (5).</p>

<p>Начало эксперимента 22.03.2021</p> <p>Оценка была произведена родителями и педагогами.</p> <p>1 Неспособен удерживать внимание на деталях из-за чего допускает ошибки при выполнении заданий и других видах деятельности – 2 балла</p> <p>3 Теряет свои вещи – 2 балла</p> <p>5 Способен концентрировать внимание только на вещах, представляющих интерес – 3 балла</p> <p>7 Обычно не заканчивает начатое дело до конца-2 балла</p> <p>9 Легко отвлекается на посторонние раздражители-3 балла</p> <p>11. Избегает (выражает недовольство) при выполнении заданий, требующих длительного сохранения внимания- 2 балла</p> <p>13 Неспособен придерживаться инструкций и выполнить до конца задание без организующей помощи взрослых- 2 балла</p> <p>15 Временами не слушает обращенную к нему речь, кажется, что он не слышит-2 балла</p> <p>17 Забывчив в повседневной деятельности, без злого умысла нарушает одни и те же правила, требования распорядка дня- 3 балла</p> <p>Наибольшее количество баллов у Леры в критерии «Невнимательность».</p>	<p>Начало эксперимента 22.03.2021</p> <p>Оценка была произведена с помощью опросника «АСВ» Эйдемиллер, Юстицкис.</p> <p>3+ чрезмерность требований</p> <p>5. Наш ребенок имеет больше обязанностей - уход за собой, поддержание порядка - чем большинство детей его возраста.</p> <p>45. Мне часто приходилось давать дочери трудные для ее возраста поручения.</p> <p>65. У моей дочери детство более трудное, чем у большинства ее товарищей.</p> <p>85. Стараюсь как можно раньше приучить ребенка помогать по дому.</p> <p>T+ чрезмерность обязанностей</p> <p>7. Всегда лучше, если дети не думают о том, правильно ли поступают их родители.</p> <p>27. Родители ни в коем случае не должны допускать, чтобы дети подмечали их слабости и недостатки</p> <p>47. Главное, чему родители должны научить своих детей, — это слушаться.</p> <p>67. Дети должны уважать родителей больше, чем всех других людей</p> <p>87. Даже если дети уверены, что родители не правы, они должны делать так, как говорят родители</p> <p>Эмоциональное отвержение</p> <p>120. Большую часть своего свободного времени дочь проводит вне дома - в детском саду, на кружках, у родственников.</p>
---	--

Таблица 2. Карта наблюдения Соня М. мама Анастасия Д.

Ребенок – Соня М.(СДВ)	Родитель – Анастасия Д.
<p>Возраст – 5лет 7 месяцев. Характеристика: пошла после года, хотя вставать и ходить с опорой начала рано. Отдельные слова начала говорить примерно в 1 года 2 месяца, фразовая речь с 2,5 лет. Начала посещать детский сад с 4 –х лет, так как мама считала, что она не готова, потому что дочка «не собранная». Отвлекается постоянно, «считает ворон», вечно теряет вещи. Ну какой ей сад. Еще и от детей на площадках «шарахается». Сейчас в садике жалобы на то, что не может сконцентрироваться на занятиях. Все уже сделают, она еще сидит.</p>	<p>Возраст – 30 лет. Характеристика: девочка от 1-й беременности, протекавшей с угрозой. Лежала несколько раз на сохранении. Роды преждевременные (на 8 месяце). Молока не было, искусственное вскармливание. Ребенок желанный. У матери выявлены следующие стили патологизирующего семейного воспитания: гипопротекция (8), чрезмерность требований-обязанностей (4), чрезмерность санкций (5).</p>
<p>Начало эксперимента 22.03.2021 Оценка была произведена родителями и педагогами. 1 Неспособен удерживать внимание на деталях из-за чего допускает ошибки при выполнении заданий и других видах деятельности – 2 балла 3 Теряет свои вещи – 2 балла 5 Способен концентрировать внимание только на вещах, представляющих интерес – 3 балла 7 Обычно не заканчивает начатое дело до конца-2 балла 9 Легко отвлекается на посторонние раздражители-2 балла 11. Избегает (выражает недовольство) при выполнении заданий, требующих длительного сохранения внимания- 2 балла 13 Неспособен придерживаться инструкций и выполнить до конца задание без организующей помощи взрослых- 2 балла 15 Временами не слушает обращенную к нему речь, кажется, что он не слышит-2 балла 17 Забывчив в повседневной деятельности, без злого умысла нарушает одни и те же правила, требования распорядка дня- 3 балла Наибольшее количество баллов у Леры в критерии «Невнимательность».</p>	<p>Начало эксперимента 22.03.2021 Оценка была произведена с помощью опросника «АСВ» Эйдемиллер, Юстицкис. 3+ чрезмерность требований 5. Наш ребенок имеет больше обязанностей - уход за собой, поддержание порядка - чем большинство детей его возраста. 45. Мне часто приходилось давать дочери трудные для ее возраста поручения. 65. У моей дочери детство более трудное, чем у большинства ее товарищей. 85. Стараюсь как можно раньше приучить ребенка помогать по дому. Т+ чрезмерность обязанностей 7. Всегда лучше, если дети не думают о том, правильно ли поступают их родители. 27. Родители ни в коем случае не должны допускать, чтобы дети подмечали их слабости и недостатки 47. Главное, чему родители должны научить своих детей, — это слушаться. 67. Дети должны уважать родителей больше, чем всех других людей 87. Даже если дети уверены, что родители не правы, они должны делать так, как говорят родители Эмоциональное отвержение 120. Большую часть своего свободного времени дочь проводит вне дома - в детском саду, на кружках, у родственников.</p>

Таблица 3. Карта наблюдения Егор П. и мама Екатерина Р.

Ребенок – Егор П. (СДГ)	Родитель – Екатерина Р.
<p>Возраст – 5 лет 8 месяцев</p> <p>Характеристика: . На первом году жизни и в дальнейшем ребенок спал плохо; засыпал практически только на открытом воздухе после длительного укачивания, много кричал, вздрагивал во сне. Сел, встал и пошел до года. Первые слова в год, но связанная фразовая речь развилась в 2,5 года. До этого срока «все понимал, но молчал» (со слов матери). Первые жалобы на поведение появились в 3 года, когда мальчика отдали в детский сад. Ребенок, со слов воспитателя, не мог спокойно сидеть, постоянно вскакивая, мешал проведению занятий. Были жалобы и на агрессивность мальчика: «щипал, кусал, царапал и бил детей», мог замахнуться на взрослого. Детский сад пришлось поменять, пришли в частный сад. Но также жалобы на Егора, но из сада не выгоняют. Несмотря на свое поведение наизусть знает много современных песен. Активно интересуется только просмотром мультфильмов, что ему было разрешено практически без ограничений («пока он у телевизора, спокойно в доме»). К врачам обращались. Особой помощи не получили. «Вот сейчас в частном садике есть психолог, воспитатели хорошие, вижу хоть какие-то изменения» - говорит Екатерина. Она считает, что ребенок просто ленится и не слушается ее. На занятиях поведение ребенка беспокойное, «ерзает» на стуле, постоянно что-либо делает руками: поправляет одежду, чешет голову, трогает предметы, пытается грызть ногти. Постоянно вмешивается в разговор взрослых, перебивает мать, внося поправки в ее рассказ.</p>	<p>Возраст – 36 лет</p> <p>Характеристика: воспитывает ребенка одна. Мальчик родился от 1-й беременности, которая согласно анкете «протекала совершенно нормально». Роды срочные, без осложнений, однако выписались из роддома только на десятые сутки. Причины задержки выписки мать объяснить не смогла. Грудное вскармливание 4 месяца.</p> <p>У матери выявлены следующие стили патологизирующего семейного воспитания: гипопротекция (9), игнорирование (4) и чрезмерность санкций (4)</p>

<p>Начало эксперимента 22.03.2021 Оценка была произведена родителями и педагогами.</p> <p>2 Проявляет бесцельную двигательную активность: бегают, прыгает, пытается куда-то залезть часто в неприемлемых ситуациях- 3 балла</p> <p>4 Не может тихо спокойно играть или заниматься чем-либо на досуге-3 балла</p> <p>6 При необходимости сидеть на одном месте крутится, вертится, беспокойно двигает руками или ногами- 3 балла</p> <p>8 Болтлив, часто говорит взхлеб, болтовней надоедает окружающим- 2 балла</p> <p>14 Неспособен ждать, дожидаться своей очереди в различных групповых ситуациях- 3 балла</p> <p>16 Вмешивается в разговоры старших или игры других детей, перебивает, мешает- 3 балла</p> <p>18 Нетерпелив, возникшее желание немедленно реализует или настаивает на выполнении другими-3 балла</p>	<p>Начало эксперимента 22.03.2021 Оценка была произведена с помощью опросника «АСВ» Эйдемиллер, Юстицкис.</p> <p>T-недостаточность требований</p> <p>6. Моего ребенка очень трудно заставить сделать что-нибудь, что он не любит</p> <p>26. Нередко бывает так: я несколько раз напоминаю сыну (дочери) о необходимости сделать что-нибудь, а потом плюну и сделаю сам(а).</p> <p>46. Мой ребенок никогда не убирает за собой игрушки.</p> <p>66. Дома мой сын (дочь) делает только то, что ему (ей) хочется, а не то, что надо.</p> <p>86. У моего сына (дочери) мало обязанностей по дому.</p> <p>З-недостаточность запретов</p> <p>8. Мой сын (дочь) легко нарушают запреты.</p> <p>48. Мой ребенок сам решает, сколько, чего и когда ему есть.</p> <p>68. Если мой ребенок не спит, когда ему положено, я не настаиваю.</p> <p>88. В нашей семье так принято, что ребенок делает что хочет.</p> <p>Г- гипопротекция</p> <p>2. У меня часто не хватает времени позаниматься с сыном (дочерью) — пообщаться, поиграть.</p> <p>22. Часто бывает, что я не знаю, что делает в данный момент мой ребенок.</p> <p>42. Мне много раз пришлось пропускать родительские собрания.</p> <p>62. Родители, которые слишком много суетятся вокруг своих детей, вызывают у меня раздражение</p>
--	--

Таблица 4.- Карта наблюдения Максим Е. и мама Наталья Е.

Ребенок – Максим Е. (СДГ)	Родитель – Наталья Е.
<p>Возраст – 5 лет 3 месяца Характеристика: .В первый год жизни и в дальнейшем ребенок спал плохо; засыпал только в машине, находящейся в движении, много плакал, вздрагивал во сне. Пошел в 10 месяцев. Первые слова в год, но связанная фразовая речь развилась к 3 годам. Но понимал все. Жалобы появились в садике от воспитателей. Максим бегал по группе, не всегда включался в занятие, просто мог все занятие пробегать без остановки, тем самым отвлекая других детей и срывая дисциплину. Интеллект у Максима хороший, он знает все про динозавров, все их названия. На занятиях поведение ребенка активное, бывают тики, навязчивые движения. Постоянно вмешивается в разговор, перебивает, пытаюсь сказать свое мнение.</p>	<p>Возраст – 25 лет Характеристика: воспитывает ребенка с мужем. Первый ребенок, беременность протекала нормально, только назначали дюфастон, от угрозы выкидыша. Плановое кесарево, без осложнений. У ребенка был тонус мышц. С рождения на массаж пошли. Грудное вскармливание 2 года. Не могла отлучить раньше, так как на груди успокаивался и можно было посидеть в спокойствии какое то время. У матери выявлены следующие стили патологизирующего семейного воспитания: гипопротекция (9), игнорирование (4) и чрезмерность санкций (4)</p>
<p>Начало эксперимента 22.03.2021 Оценка была произведена родителями и педагогами. 2 Проявляет бесцельную двигательную активность: бегают, прыгает, пытается куда-то залезть часто в неприемлемых ситуациях- 3 балла 4 Не может тихо спокойно играть или заниматься чем-либо на досуге-3 балла 6 При необходимости сидеть на одном месте крутится, вертится, беспокойно двигает руками или ногами- 3 балла 8 Болтлив, часто говорит взахлеб, болтовней надоедает окружающим- 2 балла 14 Неспособен ждать, дожидаться своей очереди в различных групповых ситуациях- 3 балла 16 Вмешивается в разговоры старших или игры других детей, перебивает, мешает- 3 балла 18 Нетерпелив, возникшее желание немедленно реализует или настаивает на выполнении другими-3 балла</p>	<p>Начало эксперимента 22.03.2021 Оценка была произведена с помощью опросника «АСВ» Эйдемиллер, Юстицкис. Т-недостаточность требований 6. Моего ребенка очень трудно заставить сделать что-нибудь, что он не любит 26. Нередко бывает так: я несколько раз напоминаю сыну (дочери) о необходимости сделать что-нибудь, а потом плюну и сделаю сам(а). 46. Мой ребенок никогда не убирает за собой игрушки. 66. Дома мой сын (дочь) делает только то, что ему (ей) хочется, а не то, что надо. 86. У моего сына (дочери) мало обязанностей по дому. З-недостаточность запретов 8. Мой сын (дочь) легко нарушают запреты. 48. Мой ребенок сам решает, сколько, чего и когда ему есть. 68. Если мой ребенок не спит, когда ему положено, я не настаиваю. 88. В нашей семье так принято, что ребенок делает что хочет. Г- гипопротекция 2. У меня часто не хватает времени позаниматься с сыном (дочерью) —</p>

	<p>пообщаться, поиграть.</p> <p>22. Часто бывает, что я не знаю, что делает в данный момент мой ребенок.</p> <p>42. Мне много раз пришлось пропускать родительские собрания.</p> <p>62. Родители, которые слишком много суеются вокруг своих детей, вызывают у меня раздражение</p>
--	---

Таблица 5.- Карта наблюдения Артем К. и мама Елена К.

Ребенок – Артем К. (СДГ)	Родитель –Елена К.
<p>Возраст – 5 лет 1 месяц</p> <p>Характеристика: . На первом году жизни долго засыпал и дневной сон короткий был всегда. Но вечером ложился рано. Ползать начал раньше, чем сел. Ходить начал рано в 9 месяцев. В год говорил около 10 слов, а примерно к двум годам заговорил предложениями. Дома всегда много деятельности было, поэтому проще было пойти гулять. В садик ходить никогда не хотел, просил забрать до сна. Знал марки машин, столицы рано откуда-то выучил, флаги знал, память очень хорошая, но специально не сидел не учил, все в движении, на ходу. Соблюдали режим дня, иначе к вечеру сильно перевозбуждался. В садике жалобы, что поделки рисунки как попало делает, скорей бы освободиться, но лепить любит. Единственное спасение в семье по словам мамы. В садике воспитатели жалуются на нестабильную психику, остро реагирует на все. Навязчивые движения, гиперкинезы .</p>	<p>Возраст – 28 лет</p> <p>Характеристика: воспитывает ребенка с мужем. Мальчик родился от 1-й запланированной беременности, которая протекала до 3 триместра нормально. Потом были отеки сильные, пости никуда не ходила. Было плановое кесарево. Гипертонус поставили, с младенчества в бассейн ходили и на массажи. Грудное вскармливание до 1,5 лет.</p> <p>У матери выявлены следующие стили патологизирующего семейного воспитания: гипопротекция (9), игнорирование (4) и чрезмерность санкций (4)</p>

<p>Начало эксперимента 22.03.2021 Оценка была произведена родителями и педагогами.</p> <p>2 Проявляет бесцельную двигательную активность: бегают, прыгает, пытается куда-то залезть часто в неприемлемых ситуациях- 3 балла</p> <p>4 Не может тихо спокойно играть или заниматься чем-либо на досуге-3 балла</p> <p>6 При необходимости сидеть на одном месте крутится, вертится, беспокойно двигает руками или ногами- 3 балла</p> <p>8 Болтлив, часто говорит взхлеб, болтовней надоедает окружающим- 2 балла</p> <p>14 Неспособен ждать, дожидаться своей очереди в различных групповых ситуациях- 3 балла</p> <p>16 Вмешивается в разговоры старших или игры других детей, перебивает, мешает- 3 балла</p> <p>18 Нетерпелив, возникшее желание немедленно реализует или настаивает на выполнении другими-3 балла</p>	<p>Начало эксперимента 22.03.2021 Оценка была произведена с помощью опросника «АСВ» Эйдемиллер, Юстицкис.</p> <p>T-недостаточность требований</p> <p>6. Моего ребенка очень трудно заставить сделать что-нибудь, что он не любит</p> <p>26. Нередко бывает так: я несколько раз напоминаю сыну (дочери) о необходимости сделать что-нибудь, а потом плюну и сделаю сам(а).</p> <p>46. Мой ребенок никогда не убирает за собой игрушки.</p> <p>66. Дома мой сын (дочь) делает только то, что ему (ей) хочется, а не то, что надо.</p> <p>86. У моего сына (дочери) мало обязанностей по дому.</p> <p>З-недостаточность запретов</p> <p>8. Мой сын (дочь) легко нарушают запреты.</p> <p>48. Мой ребенок сам решает, сколько, чего и когда ему есть.</p> <p>68. Если мой ребенок не спит, когда ему положено, я не настаиваю.</p> <p>88. В нашей семье так принято, что ребенок делает что хочет.</p> <p>Г- гипопротекция</p> <p>2. У меня часто не хватает времени позаниматься с сыном (дочерью) — пообщаться, поиграть.</p> <p>22. Часто бывает, что я не знаю, что делает в данный момент мой ребенок.</p> <p>42. Мне много раз пришлось пропускать родительские собрания.</p> <p>62. Родители, которые слишком много суетятся вокруг своих детей, вызывают у меня раздражение</p>
--	--

Приложение Г

Коррекционно-развивающая программа «СДВиГ» для детей старшего дошкольного возраста и их родителей

Цель программы: скорректировать психологические проявления синдрома дефицита внимания и гиперактивности, а именно произвольного внимания, импульсивности, гиперактивности, развития коммуникативных навыков, а также скорректировать стили воспитания родителей на более гармоничные.

Задачи программы:

1. Развитие свойств внимания детей старшего дошкольного возраста, таких как концентрации, переключаемость, распределение.
2. Тренировка психомоторных функций.
3. Снижение эмоционального напряжения.
4. Развитие приемов саморегуляции.
5. Развитие навыков общения.
6. Развитие у родителей эффективных навыков воспитания.
7. Коррекция патологизирующих стилей воспитания.

Работа с родителями.

1 встреча: Лекция «Что вы знаете об СДВГ? Мифы и реальность». Обсуждение в формате круглого стола, круга доверия.

Регламент встречи - 90 минут.

Первая встреча была направлена на то, чтобы познакомиться с участниками поближе, создать приятную доверительную атмосферу, установить правила работы. Также была озвучена важность домашней работы. Именно здесь мы оговорили, как друг к другу обращаться, все единогласно решили обращаться друг к другу просто по имени. При этом основной акцент был сделан на выстраивании единого понимания в вопросах синдрома дефицита внимания и гиперактивности. Были озвучены возможные варианты проявления СДВГ, заполнены анкеты для последующей обработки. К

полученному домашнему заданию все отнеслись с интересом и воодушевлением. Домашним заданием были: библиотерапия, 21 способ проявления любви. Результатом встречи послужило представление о синдроме дефицита внимания и гиперактивности, появилось понимание, что с этим можно и нужно работать.

2 встреча: Семинар-практикум в когнитивном подходе. Данная встреча длилась также 90 минут.

Так как в основе патологий в воспитании лежат не эффективные убеждения родителей, такие как «Главное, чему родители должны научить своих детей, - это слушаться», «Дети должны уважать родителей больше, чем всех других людей» и т.д. в групповой терапии с родителями был использован когнитивный подход.

Для изменения когнитивных установок также будет использована библиотерапия. Обсуждались заданные на дом книги Юлия Гиппенрейтер «Если с ребенком трудно», «Общаться с ребенком как?», Петрановская «Тайная опора». На основе прочитанных книг обсуждались идеи, родители записывали те установки, приемы, методы, которые они запомнили и которые им понравились. В качестве домашнего задания на следующую встречу было продолжать проявлять в отношении ребенка «21 способ выразить свою любовь», завести доску достижений ребенка на видном месте. За достижения давать поощрительные наклейки, подводить итоги в конце дня и какое-то поощрение, если наклеек, например, больше шести. Награда за проведенный день. В конце недели что-то более существенное, например, поход в кино или куда хочет сам ребенок. Не было наклеек - нет награды. «Жетонная система», основанная на поведенческом подходе. Цель - смена фокуса с негативного поведения на позитивное.

3 встреча: Семинар практикум, основанный на поведенческом подходе на тему: «Если с ребенком трудно». Длительность встречи - 90 минут.

С помощью поведенческой терапии разбирали тему «Если ребенок так, то мы как»? «Если с ребенком трудно» - секреты «легкости». Были отработаны

речевые модули, стратегии реагирования на поведение ребенка. Отработка в группе поведенческих навыков по принципу «Стимул-реакция».

2. Работа с детьми.

Коррекционные занятия проходили на протяжении 3 недель. Первые занятия были очень шумными. Детям было трудно сосредотачиваться, соблюдать правила группы. Программа состоит из 6 встреч. Частота встреч 2 раза в неделю.

Программа включает:

1. Подготовительный этап (2 встречи)
2. Основной этап (3 встречи)
3. Заключительный этап (1 встреча)

Задачи подготовительного этапа:

1. Знакомство детей друг с другом и ведущим.
2. Создание психологического комфорта и безопасной атмосферы.
3. Установление взаимоотношений.

Задачи основного этапа:

1. Развитие тактильного внимания и двигательного контроля.
2. Развитие слухового внимания и усидчивости.
3. Развитие контроля импульсивности, тренировка выдержки.
4. Развитие гибкости общения друг с другом, возникновение доверия

между детьми.

5. Развитие навыков удержания программы.

Задачи заключительного этапа:

1. Закрепление навыков самоконтроля и группового взаимодействия;
2. Повторение тем (на усмотрение ведущего) с целью закрепления психокоррекционного воздействия;
3. Подведение личных итогов.

Встреча 1. Продолжительность – 30 минут.

Цель 1-ой встречи:

1. Знакомство с правилами поведения на встречах.

2. Знакомство ведущего с группой.
3. Снятие психоэмоционального напряжения с помощью игр.

Структура встречи:

1. Знакомство с правилами поведения на встречах: Знакомство ребят с хранителем правил занятий Йога ежиком. На занятии запрещено обижать других участников; ломать и забирать с собой игрушки домой. Каждый должен уважительно относиться друг к другу и к ведущему. За несоблюдение правил, участник отстраняется от игры. За правильное и старательное выполнение заданий в конце занятий детки получают поощрительные наклейки.

2. Все йоги поют волшебный звук «АУМ», он дает им суперспособности. Давайте и мы с вами споем этот звук только по - особенному (радостно-грустно, громко-тихо) и посмотрим кто дольше может это делать. Цель упражнения – снять напряжение через звук и одновременно дыхательная техника с акцентом на удлинение выдоха, что включает парасимпатическую нервную систему и способствует успокоению.

3. Глазодвигательные упражнения.

Ребята, у меня в руках маятник, ваша задача не поворачивая головы следить за его движением только глазами. Те, кто справится с этим заданием – получит жетон. В конце занятия эти жетоны вы сможете обменять на супер наклейки. Теперь задание немного усложним. Язык идет в одну сторону, а глазки от него убегают в другую. Цель упражнения- развитие межполушарного взаимодействия.

4. Упражнение «Приветствие солнцу». Логоритмическое упражнение способствует активизации вестибулярного аппарата и лобных долей мозга. Дети под стихотворную форму повторяют движения за ведущим. Уникальное упражнение, которое помогает и снять напряжение в теле, принимать позы разных животных, выражая эмоции (добрая собака, злая собака, лягушонок может прыгать) тем самым снимая эмоциональное напряжение детей. Дети двигаются и в движении очень быстро запоминают слова, что способствует развитию памяти. За 6 занятий все дети начали повторять за ведущим стихотворение.

Мы проснулись на рассвете, раньше всех детей на свете
 Встали ровно, как гора. Здравствуй, солнышко, ура!
 Потянулись, улыбнулись и в поклоне мы нагнулись
 И на вдохе на опушке, мы присели как лягушки
 Как собака поклонились, а потом мы спать ложились
 Вот как кобра мы шипим, на собаку поглядим
 Лягушонку раз, два, три – поклонились до Земли
 Высоко мы потянулись, но до солнца не достать
 Всем спасибо, улыбнулись, чтоб горою стать опять!

5. Самомассаж из пестовальной гимнастики «Куй-куй каблучок», проговариваем и стучим по стопе. Цель упражнения – снять гипертонус мышц, улучшить афферентацию тела, также накладывание движений на слова способствует развитию памяти и внимания.

6. Релаксация. Цель – снять зажимы и мышечное напряжение.

Упражнение «Мороженное». Давайте представим себя мороженым на солнце. Мороженое начинает таять, опускаем руки, голову, плечи, туловище и растекаемся по полу. Мороженое превратилось в лужицу.

Встреча 2. Продолжительность – 30 минут .

Цель – сплочение группы, снятие психоэмоционального напряжения, развитие межполушарного взаимодействия.

Структура встречи:

1. Дыхание «ХА». На выдохе громко произносим звук «ХА» и словно толкаем кого-то руками от себя. Еще громче и еще сильнее толкаем. Помогает снять напряжение.

2. Нейрогимнастика «Кулак – ладонь» помогает наладить межполушарное взаимодействие. Разбираем медленно, а затем пытаемся сделать быстрее.

3. Упражнение «Натягиваем перчатки», улучшает мелкую моторику рук, самомассаж пальчиков оказывает мощное воздействие на активизацию головного мозга.

4. «Кошка добрая – кошка злая». Снятие напряжения, навык определения и понимания чувств. Представьте, что вы кошка. Почему кошка злая? Что нужно сделать, чтобы кошка стала добрая?

5. Упражнение «Приветствие солнцу». Укрепление двигательного навыка под команды, ритмизированные движения, учимся дожидаться команды.

6. Основная часть – «Путешествие по джунглям» - функциональные упражнения. Дети вспоминают сказку «Маугли» перечисляют по очереди кто там был. Говорит только тот, у кого в руке йога ёжик. Формируем навык ожидания своей очереди. Изучаем позу обезьяны, бабочки, льва, змеи, пантеры, медведя.

7.Релакация. Упражнение «Путешествие на облаке». Дети представляют, что они путешествуют на облачке, мягком и пушистом. Облачко пролетает над разными местами и попробуйте услышать звуки, которые вас окружают. Для этого нужно создать полную тишину. Включается по очереди шум дождя, треск костра, дети должны отгадать , что они слышат.

Встреча 3. Продолжительность – 30 минут.

Цель – улучшение вестибулярного аппарата, ориентация в пространстве, развитие внимательности.

1.Дыхательное упражнение «Задуваем свечу». Дети представляют, что свечей очень много и они должны долго-долго дуть, чтобы задуть все свечки. Удлинение выдоха, включение парасимпатической нервной системы, вследствие чего более спокойное состояние ребенка. Умение произвольно контролировать дыхание развивает самоконтроль над поведением.

2.Глазодвигательные упражнения «Куда язык- туда глаза». Данное упражнение позволяет расширить поле зрения, улучшить восприятие. Однонаправленные и разнонаправленные движения языка и глаз развивают межполушарное взаимодействие.

3. Нейрогимнастика «Ухо-нос», задача одной рукой взяться за ухо, другой за нос, руки переплетены, через хлопок поменять руки. Перекрестные упражнения, в которых используются перекрестные движения рук, ног и глаз,

активизируют развитие мозолистого тела. При регулярном выполнении реципрокных движений образуется и миелинизируется большое количество нервных путей, связывающих полушария головного мозга, что обеспечивает развитие психических функций. Медленное выполнение перекрестных движений способствует активизации вестибулярного аппарата и лобных долей мозга.

4. Упражнение «Приветствие солнцу». Усложняем комплекс. Добавляем счет, лягушки 10 раз подпрыгивают, обратный счет. Дети считают вслух.

5. Основная часть : игра «Идем на пикник». Передаем йога ёжика и по очереди говорим, что нам нужно в походе. Упражнения: «корзинка», «бутерброд», «лодка», «мостик», «жезлонг».

6. Упражнение на растяжку - «Черепашка». Нормализуют гипертонус и гипотонус мышц. Оптимизация тонуса является одной из самых важных задач нейропсихологической коррекции.

7. Релаксационное упражнение «Сосульки». Представьте, что вы сосульки, которые тают на солнце. Расслабляется голова, шея, руки, туловище и вы становитесь маленькой лужицей. Лужица растекается по полу.

Встреча 4. Продолжительность – 30 минут.

Цель – улучшение вестибулярного аппарата, развитие двигательного контроля, эмоциональная регуляция поведения, развитие самоконтроля.

1. Дыхательное упражнение – «Надуй в животе шарик». Улучшает ритмирование организма, развивают самоконтроль и произвольность.

2. Глазодвигательное упражнение «Следуй за стрелкой на часах». Круговые движения глазами в одну сторону и в другую.

3. Нейрогимнастика «Голова-живот». Одну руку кладем на живот, другую на голову. По голове слегка стучим, а живот гладим. Смена рук через хлопок.

4. Упражнение «Цапля» развивает двигательный контроль, самоконтроль и вестибулярный аппарат. Задача пальцами ног поднять фломастер и подтянуть колено к животу, опустить ногу и сделать упражнение на другую ногу. Таким образом, пройти несколько шагов, как цапля.

5. «Приветствие солнцу».

6. Основная часть : игра «Зоопарк». Обсуждаем каких животных мы можем встретить в зоопарке. Упражнения «верблюд», «крокодил», «лев», «тигр», «медведь», «зебра».

7. Игра на развитие двигательного контроля, саморегуляции, развитие двигательного контроля «Делай как я и становись...». Ребята вспоминают позы, которые делали на занятиях. Ведущий выбирает следующего ведущего. Им становится том, кто по мнению ведущего выполнил упражнение лучше всех.

Каждый ребенок должен побывать в роли ведущего.

8. Релаксация «Мороженое» под звуки леса. Детям задание послушать что они услышат в лесу?

Встреча 5. Продолжительность – 30 минут.

Цель – улучшение вестибулярного аппарата, развитие двигательного контроля, эмоциональная регуляция поведения, развитие самоконтроля, развитие коммуникативных навыков.

1. Дыхательное упражнение «Послушай как дышит друг». Дети кладут головы друг другу на животы и слушают дыхание. Упражнение дает как развитие коммуникативных навыков, так и ритмизирование дыхания, дети стараются сильнее надуть живот, чтобы друг почувствовал дыхание.

2. Движения под музыку Железновых «А у зебры есть полоски» способствует развитию двигательного контроля.

3. «Приветствие солнцу»

4. Основная часть: игра «Путешествие в зимнюю сказку». Обсуждаем, что дети любят делать зимой. Упражнения «горка», «снежки», «наряжаем елку», «корзинка с игрушками», «лыжня».

5. Игра «Ночной охотник». «Охотник» спит, наступает ночь, охотник просыпается и все превращаются в ... Чтобы охотник нас не поймал нужно замереть в той позе, которую назвал охотник. Игра развивает самоконтроль, эмоциональную регуляцию поведения.

6. Растяжка в парах. Упражнение «Домик» - развивает коммуникативные навыки, снимает мышечное напряжение.

7. Расслабление «На волнах». Дети представляют, что они лежат на надувном матрасе на воде и плывут по волнам. Тело расслаблено. Включена музыка «шум моря».

Встреча 6. Продолжительность – 30 минут.

Цель – улучшение вестибулярного аппарата, развитие двигательного контроля, эмоциональная регуляция поведения, развитие самоконтроля, развитие гибкости общения друг с другом, возникновение доверия между детьми.

1. Дыхательное упражнение «Под водой». Дети представляют, что они погружаются под воду и нужно задержать дыхание.

2. Глазодвигательные упражнения.

3. Нейрогимнастика «Кулак – коза».

4. «Приветствие солнцу».

5. Упражнение на развитие вестибулярного аппарата на полусферах. Упражнение «Дерево».

6. Коммуникативное упражнение «Цветок дружбы», дети садятся в круг ногами друг другу, берутся за руки и наклоняются к ногам, а затем ложатся на пол – цветок раскрывается.

7. Работа в парах массаж друг другу из пестовальной гимнастики «Идет бай по стене», повторяем слова и делаем. Улучшает коммуникативные навыки, способствуют возникновению доверия между детьми.

8. Релаксация «Тишина». Слушаем звуки комнаты, улицы, соседней комнаты. Что вы услышали?

3. Совместная деятельность детей и родителей.

Совместная деятельность - 30 минут. Была проведена одна встреча в завершении всей программы.

Цель – установить эмоционально теплые отношения между родителями и детьми, показать родителям возможные упражнения для совместных занятий, отработка приобретенных навыков родителей на практике.

Структура встречи:

1. Смена позиций. Дети рассказывают родителям правила занятий и занимают позицию «над», происходит смена ролей за счет чего у детей появляется чувство значимости, важности, нужности, повышение самооценки.

2. Глазодвигательные упражнения. Работа в парах. Ребенок должен следить глазами за рукой мамы. Мама рукой в воздухе рисует разные фигуры (круг, квадрат, треугольник) ребенок глазами следит за движением. Затем меняются местами.

3. Дети показывают родителям упражнение «кулак-ладонь», вместе его выполняют.

4. Приветствие солнцу. Изменено под совместную деятельность. Добавляются акробатические упражнения, у животных появляется мама. Собака и щенок, кобра и маленькая кобра, мама лягушка и лягушонок и т.д. Как маленький щенок хочет чтобы мама проявила любовь к нему? Как маленький лягушонок понимает, что мама его любит? Таким образом, через игру, родители узнают о том, как их дети хотят проявления любви и как они понимают что родители их любят. Терапевтическое упражнение.

5. Игра «Вырвись из оков». Мама крепко сжимает ребенка, а ребенок пытается вырваться из объятий. Так как ребенок с СДВГ плохо ощущает свое тело в пространстве, данное упражнение помогает ему успокоиться и понять себя в пространстве.

6. Игра «Зеркало». Мама показывает движения – ребенок повторяет, затем ребенок показывает любое упражнение, которое помнит из занятий – мама повторяет. Развивает внимательность, улучшает эмоциональный контакт.

7. Акробатическое упражнение «Самолетики». Дети его очень любят. Мама ложится на спину и поднимает на стопах ребенка вверх. Ребенок пробует отпустить руки и остаться «лететь» только на животе. Упражнение улучшает вестибулярный аппарат, ориентацию ребенка в пространстве, устанавливается доверие между родителем и ребенком.

8. Упражнение «Цветок дружбы»

9. Массаж друг другу «Идет бай по стене»

9. Релаксация «Мама + малыш». Мама обнимает своего ребенка, либо просто лежат, держась за руки под музыку «Треск костра» и представляют, что они лежат на природе, под звездным небом у костра и слушают треск дров.

10. Обратная связь.

Приложение Д

Домашнее задание «21 способ любить ребенка»

Напишите 21 способ проявить свою любовь к ребенку. Если сложно это сделать сразу, подумайте об этом в течение дня. Столкнувшись со ступором и непониманием что писать, возьмите паузу и продолжите через некоторое время. Главное -написать минимум 21 способ проявить любовь к ребенку.

После того, как список будет готов, в течение 7 дней (первая неделя) перед сном отмечайте, какие способы проявления любви к ребенку вы демонстрировали в течение прошедшего дня. Задача данного периода - просто научиться обращать на это внимание и отмечать. Не нужно строить планы на следующий день и умышленно что-то делать. Главное для вас сейчас - просто привыкнуть в конце дня обращать на это внимание.

С 8 по 14 день (вторая неделя) вашей задачей будет проявлять любовь к своему ребенку любым другим способом, но только не тем, который вы использовали на предыдущей неделе. Например, если в течение первых 7 дней вы его целовали, то в течение следующих 7 дней постарайтесь от этого воздержаться и найти другие способы демонстрации любви. В этот период ваша задача не наблюдать за проявлением своей любви, а осознанно управлять этим процессом.

С 15 по 21 день (третья неделя) вашей задачей будет в течение дня демонстрировать своему ребенку вашу любовь максимально полным и разнообразным способом. Необходимо постараться в течение дня проявить все 21 способов. При этом, не стоит отчаиваться, если у вас это не будет получаться в полной мере, так как в этом вопросе важно не формальное выполнение списка, а искреннее желание продемонстрировать свою любовь к ребенку.

Примечания:

В течение выполнения этого задания, родителям часто приходят в голову способы демонстрировать любовь к ребенку, которые не входили в список. Их

Приложение Е

Таблица 1. – Индивидуальные результаты формирующего эксперимента по опроснику «Анкета импульсивности»

№	Участник	Высокий уровень	Средний уровень	Низкий уровень	Общий уровень
1	Лера Р.	0	0	6	низкий
2	Соня М.	0	0	5	низкий
3	Егор П.	0	10	0	средний
4	Максим Е.	0	11	0	средний
5	Артем К.	0	9	0	средний

Таблица 2. – Индивидуальные результаты формирующего эксперимента по методике «Пьерона-Рузера»

№	Участник	Высокий уровень	Средний уровень	Низкий уровень	Общий уровень
1	Лера Р.	0	80	0	средний
2	Соня М.	0	82	0	средний
3	Егор П.	0	87	0	средний
4	Максим Е.	91	0	0	высокий
5	Артем К.	0	90	0	средний

*Примечание к таблице 2. – в методике исследовался уровень концентрации внимания. Таким образом, низкий уровень концентрации внимания соответствует проявлению высокого уровня дефицита внимания, высокий уровень концентрации внимания соответствует проявлению низкого уровня дефицита внимания.

Таблица 3. – Индивидуальные результаты формирующего эксперимента по шкале оценки СДВГ – критерии МКБ-10

№	Участник	Высокий уровень	Средний уровень	Низкий уровень	Общий уровень
1	Лера Р.	0	19	0	средний
2	Соня М.	0	19	0	средний
3	Егор П.	0	19	0	средний
4	Максим Е.	0	22	0	средний
5	Артем К.	0	0	16	низкий

Таблица 4. – Индивидуальные результаты формирующего эксперимента по методике «Анализ семейных взаимоотношений» (Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. В.) в варианте для родителей детей.

№	Участник	З+	Т+	З-	Т-	Г-	Стиль воспитания
1	Виктория Р.	-	-	-	-	-	гармоничный
2	Анастасия Д.	-	-	-	-	-	гармоничный
3	Екатерина Р.	-	-	-	-	-	гармоничный
4	Наталья Е.	-	-	-	-	-	гармоничный
5	Елена К.	-	-	-	-	-	гармоничный

З+ чрезмерность требований/запретов

Т+ чрезмерность требований/обязанностей

З- недостаточность требований/запретов

Т- недостаточность требований/обязанностей

Г- гипопротекция

Таблица 5. - Результаты общего уровня СДВГ по совокупности методик до и после формирующего эксперимента

№	Участник	Таблица 1		Таблица 2		Таблица 3		Общий уровень СДВГ	
		до	после	до	после	до	после	до	после
1	Лера Р.	С	Н	Н	С	В	С	В	С
2	Соня М.	С	Н	Н	С	В	С	В	С
3	Егор П.	В	С	С	С	В	С	В	С
4	Максим Е.	В	С	С	В	В	С	В	С
5	Артем К.	В	С	С	С	В	Н	В	С

Приложение Ж

Карта наблюдения за детьми и их родителями после формирующего эксперимента детей

Таблица 1. - Карта наблюдения Лера Р. и мама Виктория Р.

Ребенок – Лера Р.(СДВ)	Родитель – Виктория Р.
<p>Возраст – 6 лет месяцев. Завершение эксперимента 22.05.2021 Характеристика: Воспитатели отметили собранность на занятии, стала меньше отвлекаться. Дома тоже стала более внимательной, не так часто приходится по сто раз ей повторять одно и то же. На занятиях Лера стала активнее, поза стала более открытой. В контакт начала вступать легче, настороженность снизилась. Стала выглядеть более живой и жизнерадостной. Завершение эксперимента 22.05.2021 До формирующего эксперимента у Леры были высокие показатели по критерию «невнимательность» и низкая концентрация внимания. После формирующего эксперимента количество баллов по данным критериям снизилось с 21 до 14. Лера стала чаще заканчивать начатые дела, реже отвлекаться на посторонние предметы. И воспитатели и родители отметили положительную динамику.</p>	<p>Возраст – 32 года. Завершение эксперимента 22.05.2021 Характеристика: до формирующего эксперимента проявлялись следующие стили патологизирующего семейного воспитания: гипопротекция (8), чрезмерность требований-обязанностей (4), чрезмерность санкций (5). После формирующего эксперимента повторное прохождение опросника «АСВ» Эйдемиллер, Юстицкис.патологизирующих стилей воспитания выявлено нет было. Мама отмечает, что стала намного снисходительнее относиться к ребенку, перестала ее нагружать большим количеством обязанностей, провела с дочкой беседу, узнав от чего она больше всего устает и чего ей не хватает. Получив ответ, что она устает от такого количества кружков, а не хватает ей того, чтобы что-то делать вместе, мама немного разгрузила ребенка и стала выделять каждый день по 30 минут перед сном время на чтение сказок и объятия. После чего отметила, что самочувствие Леры улучшилось, отношения между ними стали теплее.</p>

Таблица 2. Карта наблюдения Соня М. мама Анастасия Д.

Ребенок – Соня М.(СДВ)	Родитель – Анастасия Д.
<p>Возраст – 5 лет 9 месяцев. Завершение эксперимента 22.05.2021</p> <p>Характеристика: Дочка стала более собранная, отмечает мама. Отвлекаться стала намного реже, появился навык убирать вещи на место. «Это мы с ней так время проводили, находили вещам их место. «Отмечу то, что она стала более открытой и эмоциональной. Сама первая не подходит знакомится, но завязывает разговор, если к ней подходят другие дети. Воспитатели отметили то, что Соня стала быстрее выполнять задания, темп работы можно отметить как средний. До формирующего эксперимента у Сони были высокие показатели по критерию «невнимательность» и низкая концентрация внимания. После формирующего эксперимента количество баллов по данным критериям снизилось с 20 до 13. Соня стала реже терять свои вещи, может удерживать внимание не только на тех заданиях, которые ей нравятся, стала намного реже нарушать знакомые ей правила.</p>	<p>Возраст – 30 лет. Завершение эксперимента 22.05.2021</p> <p>Характеристика: до формирующего эксперимента проявлялись следующие стили патологизирующего семейного воспитания: гипопротекция (8), чрезмерность требований-обязанностей (4), чрезмерность санкций (5). После формирующего эксперимента повторное прохождение опросника «АСВ» Эйдемиллер, Юстицкис. патологизирующих стилей воспитания выявлено не было. Мама отметила, что по-другому взглянула на процесс воспитания. Поняла, что совершила много ошибок. Мне стало легче признавать свои ошибки, я теперь могу попросить прощения у Сони, если я понимаю, что была не права. Стала чаще ей говорить, что люблю. Мне очень понравилась техника, 21 способ проявления любви. Таблица висит на холодильнике, чтобы я не забывала. По выходным стали с ней куда-нибудь ходить вместе. Я как-будто заново познаю материнство. Спасибо.</p>

Таблица 3. Карта наблюдения Егор П. и мама Екатерина Р.

Ребенок – Егор П. (СДГ)	Родитель – Екатерина Р.
<p>Возраст – 5 лет 10 месяцев Завершение эксперимента 22.05.2021</p> <p>Характеристика: . Ребенок, со слов воспитателя, стал более спокойным, перестал вскакивать с места, стал более усидчивым. Уровень агрессии значительно снизился, перестал кусать и щипать детей. Появился навык коммуникации, исчезли гиперкимнезы, навязчивые движения. Стал меньше перебивать взрослых, ждет своей очереди, чтобы высказаться.</p> <p>До формирующего эксперимента у Егора были высокие показатели по критерию гиперактивность/импульсивность.</p> <p>После формирующего эксперимента количество баллов по данным критериям снизилось с 20 до 12.</p> <p>Егор стал более эмоционально уравновешенным, начал общаться со сверстниками, они стали его принимать в свой круг.</p>	<p>Возраст – 36 лет Завершение эксперимента 22.05.2021</p> <p>Характеристика: до формирующего эксперимента проявлялись следующие стили патологизирующего семейного воспитания: гипопротекция (9), игнорирование (4) и чрезмерность санкций (4)</p> <p>После формирующего эксперимента повторное прохождение опросника «АСВ» Эйдемиллер, Юстицкис. патологизирующих стилей воспитания выявлено не было.</p> <p>Мама отметила, что стало проще соблюдать режим дня, стал лучше засыпать, по совету консультанта купили тяжелое одеяло, действительно во сне стал меньше двигаться и крепче спать. Ввели систему поощрений, «жетонную систему», как назвал ее консультант. Егор старается выполнять требования, но я стараюсь не переусердывать. Все по чуть-чуть. Разница, конечно, заметна.</p>

Таблица 4.- Карта наблюдения Максим Е. и мама Наталья Е.

Ребенок – Максим Е. (СДГ)	Родитель – Наталья Е.
---------------------------	-----------------------

<p>Возраст – 5 лет 5 месяцев Завершение эксперимента 22.05.2021</p> <p>Характеристика: Воспитатель отметил, что Максим стал включаться в занятие и перестал бесцельно бегать по группе, только вместе с ребятами, когда играют в какую-то игру. Исчезли тики, навязчивые движения. Очень нравятся ему занятия детской йогой, ждет их всегда и идет с удовольствием. Перестал так ярко реагировать на замечания. Движения стали намного осознаннее.</p> <p>До формирующего эксперимента у Максима были высокие показатели по критерию гиперактивность/импульсивность. После формирующего эксперимента количество баллов по данным критериям снизилось с 22 до 15.</p> <p>Ребенок стал координировать свои движения, понимать где можно побегать, а где нет, стал достаточно долго играть в неподвижные игры. Стал усидчивее, перестал торопиться и появилось желание делать работу хорошо, а не быстро.</p>	<p>Возраст – 26 лет Завершение эксперимента 22.05.2021</p> <p>Характеристика: до формирующего эксперименты проявлялись следующие стили патологизирующего семейного воспитания: гипопротекция (9), игнорирование (4) и чрезмерность санкций (4)</p> <p>После формирующего эксперименты повторное прохождение опросника «АСВ» Эйдемиллер, Юстицкис. патологизирующих стилей воспитания выявлено не было.</p> <p>Мама отметила, что благодаря встречам поняла важность семейного воспитания и своего поведения, своей реакции. Отметила, что очень помогла ей последняя встреча, когда отрабатывали реакции и вставали на место ребенка. Сейчас стала больше времени уделять сыну, составила распорядок дня и даже в выходные его придерживаемся. Ввели семейную традицию, теперь все вместе ужинаем в одно время, как папа приходит с работы и обсуждаем все что произошло за день.</p> <p>Отметила, что отношения с сыном стали лучше. Ввела технику, что каждый за столом говорит по очереди. Передаем символически свечу, как право голоса. Максим ждет вечернего ритуала.</p>
--	---

Таблица 5.- Карта наблюдения Артем К. и мама Елена К.

Ребенок – Артем К. (СДГ)	Родитель –Елена К.
<p>Возраст – 5 лет 2 месяца Завершение эксперимента 22.05.2021</p> <p>Характеристика: Стало возможно находиться с ним дома, Артем перестал так много требовать к себе внимания, может и посидеть полепить. В сад стал ходить с большим удовольствием. Меньше проявляет агрессию, меньше стали с ним ругаться. Сказал у него появились друзья Воспитатель отметил увеличение выполнения заданий, не бросает на половине, стал доделывать до конца. Перестали проявляться гиперкинезы. До формирующего эксперимента у Артема были высокие показатели по критерию гиперактивность/импульсивность. После формирующего эксперимента количество баллов по данным критериям снизилось с 19 до 11. Стал дожидаться своей очереди, может поиграть в спокойную игру, у движений появилась цель.</p>	<p>Возраст – 28 лет Завершение эксперимента 22.05.2021</p> <p>Характеристика: до формирующего эксперименты проявлялись следующие стили патологизирующего семейного воспитания: гипопротекция (9), игнорирование (4) и чрезмерность санкций (4) После формирующего эксперименты повторное прохождение опросника «АСВ» Эйдемиллер, Юстицкис. патологизирующих стилей воспитания выявлено не было. Мама Максима сказала, что важно научиться жить с этим диагнозом. Что она и делает. Я всегда много читаю про СДВГ. Но мне не хватало понимания и практики. Благодаря нашим встречам я поняла, как много значит уметь реагировать правильно на «выпадки» моего сына. Вместе придумали с ним то, чем награждать его за хорошее поведение. Завели карту достижений, я купила много всяких наклеек, медалек. Пока ему интересно, он собирает их весь день, старается. Нам данная система очень понравилась и я вижу от нее результат.</p>

Приложение 3

Статистическая обработка данных после проведения формирующего эксперимента

С целью оценки достоверности сдвига в значениях уровня проявления СДВГ до и после формирующего эксперимента нами был применен T-критерий Вилкоксона.

Таблица 1. – Расчет критерия T при сопоставлении замеров уровня проявления СДВГ

№	Участники	уровень проявления СДВГ		Разность	Абсолютное значение	Ранговый номер разности
		До формирующего эксперимента	После формирующего эксперимента			
1	Лера Р.	3	2	-1	1	3
2	Соня М.	3	2	-1	1	3
3	Егор П.	3	2	-1	1	3
4	Максим Е.	3	2	-1	1	3
5	Артем К.	3	2	-1	1	3
Сумма						15

1 - высокий уровень

2 – средний уровень

3 – низкий уровень

Определим гипотезы:

H₀: Показатели после проведения опыта меньше значений показателей до эксперимента.

H₁: Показатели после проведения опыта превышают значения показателей до эксперимента.

Сумма по столбцу рангов равна $\sum=15$

Проведем проверку правильности составления матрицы на основе исчисления контрольной суммы:

$$\sum x_{ij} = (1+n)n/2 = (1+5)5/2 = 15$$

Сумма по столбцу и контрольная сумма равны между собой, значит ранжирование проведено правильно.

Теперь отметим те направления, которые являются нетипичными, в данном случае – положительными. Сумма рангов этих «редких» направлений составляет эмпирическое значение критерия Т: $T = \sum R_i = 0$

Определим критические значения для Т-критерия Вилкоксона для $n=5$:

$$T_{кр} = 0 \quad (p \leq 0.01)$$

$$T_{кр} = 0 \quad (p \leq 0.05)$$

Зона значимости в данном случае простирается влево, действительно, если бы "редких", в данном случае отрицательных, направлений не было совсем, то и сумма их рангов равнялась бы нулю. В данном же случае эмпирическое значение Т попадает в зону значимости: $T_{эмп} < T_{кр}(0,01)$.

Гипотеза H_0 принимается. Показатели после эксперимента не превышают значения показателей до опыта.

Следовательно, в результате проведенных статистических исследований мы принимаем гипотезу H_0 как достоверную на уровне 99% вероятности.