

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(Н И У « Б е л Г У »)

ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ
ФАКУЛЬТЕТ ДОШКОЛЬНОГО, НАЧАЛЬНОГО И СПЕЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
**Кафедра дошкольного и специального (дефектологического)
образования**

**КОРРЕКЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ
ДОШКОЛЬНИКОВ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И
ГИПЕРАКТИВНОСТИ НА ЭТАПЕ ПОДГОТОВКИ К ШКОЛЕ**

Выпускная квалификационная работа
обучающегося по направлению подготовки 44.04.03 Специальное
(дефектологическое) образование, магистерская программа Комплексное
сопровождение образования лиц с нарушениями речи
заочной формы обучения, группы 02021558
Нудной Анастасии Ивановны

Научный руководитель
к.б.н., доцент
Минаева О.Д.

Рецензент
начальник отдела
психолого-педагогического
сопровождения и
здоровьесбережения
Муниципального казенного
учреждения «Научно-

методический

г.Белгорода

информационный центр»

Возняк И.В.

БЕЛГОРОД 2018

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1 ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ КОРРЕКЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ДОШКОЛЬНИКОВ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ НА ЭТАПЕ ПОДГОТОВКИ К ШКОЛЕ.....	10
1.1. Характеристика синдрома дефицита внимания и гиперактивности, его клинические и возрастные проявления.....	10
1.2. Особенности развития синдрома дефицита внимания и гиперактивности у дошкольников на этапе подготовки к школе.....	17
1.3. Возможность коррекционно-педагогического сопровождения дошкольников с синдрома дефицита внимания и гиперактивности на этапе подготовке к школе.....	29
ГЛАВА 2 ОПЫТНО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ РАБОТА ПО ОРГАНИЗАЦИИ КОРРЕКЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ДОШКОЛЬНИКОВ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ НА ЭТАПЕ ПОДГОТОВКИ К ШКОЛЕ	42
2.1. Организация и анализ результатов изучения уровня готовности дошкольников с синдрома дефицита внимания и гиперактивности на этапе подготовки к школе.....	42
2.2. Обоснование основных направлений работы по коррекционно-педагогическому сопровождению дошкольников с синдромом дефицита внимания и гиперактивности на этапе подготовки к школе.....	56
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	63
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	65
ПРИЛОЖЕНИЕ.....	70

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью представляет собой наиболее распространенную форму нервно-психических нарушений в детском возрасте. Для детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности характерны дефекты концентрации внимания, избыточная двигательная активность, несоответствующая выполняемому заданию, импульсивность в социальном поведении и интеллектуальной деятельности.

Дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью относятся к категории нормального развития и подлежат обучению в массовой общеобразовательной школе. Вместе с тем, учащиеся с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью имеют специфические особенности развития психики, поведения и деятельности, которые без специально организованной психологической помощи, обуславливают низкий уровень готовности к обучению в школе, трудности школьной адаптации и проблемы в усвоении программного материала.

В связи с высокой распространенностью синдрома дефицита внимания с гиперактивностью в дошкольном возрасте (4%-9,5%) становится актуальной проблема изучения психологических особенностей детей этой категории и формирования их готовности к обучению в школе.

Синдром дефицита внимания и гиперактивности – это неврологическое, поведенческо-возрастное расстройство, которое расстраивает механизмы, несущие ответственность за диапазон внимания, умение сконцентрироваться, контроль над побуждениями и т.д. Расстройство определяется как возрастное, поскольку оно обнаруживается в раннем возрасте (до 7 лет) и характеризуется изменениями в течение жизни, от раннего детского возраста и до зрелости.

Активное изучение синдрома в России началось в конце 1970-х годов и связано с работами: Л.О. Бадаляна, И.П. Брызгунова, А.В. Грибанова, Л.Т.

Журбы, Н.И. Заваденко, Е.В. Касатиковой, В.Р. Кучмы, Е.В. Левитиной, Е.М. Мастюковой, О.Р. Наговициной, А.Г. Платоновой, В.М. Трошина, О.В. Халецкой, В.М. Чимарова, и др.

В современной отечественной практике в коррекции гиперкинетического синдрома внимание исследователей направлено на коррекцию поведения (И.П. Брызгунов, Е.В. Касатикова, Е.К. Лютова, Е.М. Мастюкова, Т.Н. Осипенко, О.И. Политика), коррекцию внимания (Н.Н. Заваденко, В.Р. Кучма, Т.Ю. Успенская, Л.А. Ясюкова).

Основная масса работ касается изучения детей школьного возраста и на первый план выступают трудности обучения и поведения. Ввиду этого, важное практическое значение сегодня приобретают вопросы организации психологической и медицинской помощи семьям детей с СДВГ в условиях дошкольного учреждения

Феномен синдрома дефицита внимания и гиперактивности имеет целостный, системный характер и предполагает реализацию системного подхода к решению научных и практических задач в данной области. Организация и проведение системного исследования феномена синдрома дефицита внимания с гиперактивностью сталкивается с трудностями теоретического и методического характера.

Отсутствуют единые представления о природе, и проявлениях синдрома дефицита внимания с гиперактивностью среди специалистов разного профиля, что ведет к противоречивым прогнозам развития, неоднозначным подходам к диагностике, коррекции и организации обучения детей этой категории.

Не разработаны надежные системные методы, позволяющие исследовать и корректировать феномен синдрома дефицита внимания и гиперактивностью как целостное образование. Кроме того, наиболее активно исследования проводятся в области медицины, тогда как психолого-педагогический аспект проблемы изучен недостаточно.

Нерешенным остается вопрос о формировании готовности к обучению в школе детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью. Проблема психологической готовности детей к обучению в школе в последние десятилетия привлекает внимание специалистов различных областей: психологов, педагогов, гигиенистов, педиатров, как в нашей стране, так и за рубежом, тем не менее, в педагогической психологии крайне мало надежных, оптимальных методов развивающей работы с детьми неготовыми к обучению в школе, разработка коррекционно-развивающих программ, способствующих формированию психологической готовности к школе - важный и актуальный вопрос.

Организация качественно нового изучения и формирования готовности к обучению детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью на основе единой теоретико-методологической основы позволит не только обобщить и объяснить эмпирические данные, но и повысить качество коррекционно-педагогической работы с детьми данной категории в целом. В связи с этим становятся очевидными **актуальность** изучения психологической готовности к обучению в школе детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью и необходимость разработки комплексной программы ее формирования.

Проблема исследования: изучение основных компонентов готовности к обучению в школе дошкольников с синдромом дефицита внимания и гиперактивности, являющимися определяющими на этапе подготовки к школьному обучению.

Цель исследования: разработка системы эффективного сопровождения процесса подготовки к школе дошкольников с синдромом дефицита внимания и гиперактивности с учетом специфики высших психических функций.

Объект исследования: процесс подготовки к обучению в школе дошкольников с синдромом дефицита внимания и гиперактивности.

Предмет исследования: система коррекционно-педагогического сопровождения дошкольников с синдромом дефицита внимания и гиперактивности на этапе подготовки к школе.

Гипотеза исследования: коррекционно-педагогическое сопровождение дошкольников с синдромом дефицита внимания и гиперактивности на этапе подготовки к школе будет эффективно при соблюдении следующих условий:

1) ранняя диагностика уровня готовности к школьному обучению дошкольников с синдромом дефицита внимания и гиперактивности;

2) выявление специфики развития следующих компонентов готовности к обучению в школе: отношения к школе (ОШ), отношения к детям (ОД), отношения к себе (ОС), принятия задачи (ПЗ), вводных навыков (ВН), графического навыка (ГН), зрительного анализа (ЗА), произвольной регуляции деятельности (ПРД), обучаемости (ОБ);

3) применение системы подготовки к обучению в школе с элементами арт-терапии.

Задачи исследования:

1. Теоретически обосновать коррекционно-педагогическое сопровождение дошкольников с синдромом дефицита внимания и гиперактивности на этапе подготовки к школе.

2. Выявить уровень готовности к школе у детей старшего дошкольного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивности.

3. Разработать систему коррекционно-педагогического сопровождения дошкольников с синдромом дефицита внимания и гиперактивности на этапе подготовки к школе.

Теоретико-методологическая основа исследования: наша работа основывается на исследованиях отечественных теорий и концепций развития психики в онтогенезе (П.П. Блонский, Л.С. Выготский, В.В. Давыдов, А.Н. Леонтьев, Л.Ф. Обухова, Д.Б. Эльконин); концепции системогенеза деятельности и способностей (В.Н. Дружинин, А.В. Карпов,

Н.В. Нижегородцева, Ю.П. Поваренков, В.Д. Шадриков); системогенетической концепции готовности к обучению (Н.В. Нижегородцева); теоретических исследованиях особенностей психического развития детей старшего дошкольного возраста (Л.И. Божович, Л.А. Венгер, А.Л. Венгер, Н.И. Гуткина, И.В. Дубровина, А.В. Запорожец, М.И. Лисина, В.С. Мухина, Е.О. Смирнова); психолого-педагогическом подходе к коррекционно-педагогической работе (Л.Д. Лебедева, Е.А. Медведева, Ю.А. Полуянов).

Методы исследования:

- теоретические методы: анализ научной литературы по исследуемой проблеме;
- эмпирические методы: тестирование, педагогический эксперимент (констатирующий этап), анкетирование;
- количественный и качественный анализ полученных данных.

Эмпирическая база исследования: исследование проводилось на базе муниципального бюджетного дошкольного образовательного учреждения (МБДОУ) детский сад комбинированного вида № 15 «Дружная семейка» города Белгорода. В исследовании приняли участие 60 детей подготовительной к школе группы, среди которых были дети, имеющие синдромом дефицита внимания и гиперактивности.

Научная новизна и теоретическая значимость работы состоит в том, что проведен теоретический и эмпирический анализ проблемы готовности к обучению в школе детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности; конкретизированы положения системогенетической концепции готовности к обучению в отношении детей с СДВГ; разработаны теоретические положения диагностической и коррекционно-развивающей работы с детьми, имеющими синдром дефицита внимания и гиперактивность; обосновано использование арт-терапии в коррекционно-развивающей работе с детьми с синдромом дефицита внимания и гиперактивности.

Практическая значимость исследования: результаты исследования легли в основу разработки системы психолого-педагогического сопровождения детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности, направленной на оптимизацию психологической структуры учебной деятельности и формирование готовности к обучению в школе учащихся данной категории. Результаты исследования позволили сформулировать научно обоснованные рекомендации для педагогов дошкольных образовательных учреждений по формированию школьной готовности детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности.

Этапы исследования: исследование проводилось в три этапа.

На первом этапе (01.10.2016 – 01.11.2016 гг.) осуществлялся теоретический анализ психолого-педагогической, методической литературы с целью изучения проблемы исследования; определялись объект, предмет, цель, задачи, гипотеза и методология исследования; проводился констатирующий эксперимент с целью изучения уровня готовности детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности к обучению в школе.

На втором этапе (01.11.2016 - 01.04.2017 гг.) разрабатывалась программа экспериментального исследования. Экспериментальная работа сопровождалась проверкой гипотезы исследования, уточнением теоретических выводов и положений.

На третьем этапе (01.04.2017 - 22.12.2017 гг.) осуществлялась обработка, анализ, систематизация и обобщение результатов экспериментальной работы; формулирование выводов, оформление диссертационного исследования.

На защиту выносятся следующие положения:

1. Синдром дефицита внимания и гиперактивности характеризуется специфическими особенностями психического развития, которые определяют поведение и деятельность детей данной категории;
2. Дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью имеют низкий уровень готовности к обучению в школе, обусловленный

низкими показателями сформированности следующих учебно-важных качеств: отношения к школе (ОШ), отношения к себе (ОС), принятия задачи (ПЗ), вводных навыков (ВН), графического навыка (ГН), зрительного анализа (ЗА), произвольной регуляции деятельности (ПРД), обучаемости (ОБ).

3. Использование арт-терапии для формирования школьной готовности эффективно в коррекционно-развивающей работе с детьми с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью и заключается в снижении гиперактивности, импульсивности поведения, способствует формированию произвольной регуляции деятельности, навыков общения, влияет на развитие познавательных процессов, повышает самооценку.

Апробация результатов исследования. Материалы исследования были представлены в научно-практическом электронном журнале «Аллея науки»: «Особенности внимания старших дошкольников с синдромом дефицита внимания и гиперактивности» (г.Томск, 19 февраля 2017 г.); на X Международной научно-практической конференции «АЭТЕРНА». «Теоретическое обоснование проблемы гиперактивности и импульсивности дошкольников с синдромом дефицита внимания и гиперактивности» (г. Оренбург, 25 января 2017 г.)

Структура работы: работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка использованной литературы и приложений.

ГЛАВА 1 ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ КОРРЕКЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ДОШКОЛЬНИКОВ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ НА ЭТАПЕ ПОДГОТОВКИ К ШКОЛЕ

1.1. Характеристика синдрома дефицита внимания и гиперактивности, его клинические и возрастные проявления

Первое описание в медицинской литературе ребенка с двигательной расторможенностью и дефицитом внимания дано в 1845 году немецким психоневрологом Г. Хоффманом. Об этом пишет в своей работе В.С. Мухина (37).

Симптомы гиперактивности были впервые описаны как расстройство в 1902 году английским врачом Джорджем Стилом, полагавшим, что появление симптомов вызвано слабым «тормозящим волеустремлением» и «недостаточным моральным контролем». Этот факт отразил в своей работе Б.Ф. Барабанщиков (5).

Изучением двигательных расстройств у детей с органическими поражениями головного мозга занимались, и французский ученый Эрнест Пьер Дюпре. Еще в 1909-1910 годах предложил термин «моторная дебилность». Позже советский ученый К.М. Гуревич стал использовать термин «фронтальная недостаточность». Под этой терминологией объединялся примерно тот же круг нарушений, что и у Дюпре под термином «моторная дебилность» (9).

Другой взгляд на синдром дефицита внимания и гиперактивность (СДВГ) сформировался после эпидемии энцефалита (мозговой инфекции) в 1917-1918 годах в США, вследствие которой у многих выживших детей появились разнообразные проблемы с поведением (включая раздражительность, нарушение внимания, ослабленный контроль моторики

и гиперактивность). Эти и другие дети, которые перенесли мозговые инфекции, родовую травму, травму головного мозга или отравление токсинами, и у которых наблюдались проблемы с поведением, были объединены термином «дети с синдромом повреждения мозга», который связывали с задержкой умственного развития. Данный термин применяли и к детям со сходным поведением, но без признаков повреждения мозга или задержки умственного развития, что привело к использованию в сороковых и пятидесятых годах термин «минимальное повреждение мозга» и «минимальная мозговая дисфункция» (ММД) (37).

В 1962г. Оксфордская группа по международным исследованиям в детской неврологии провела симпозиум по проблемам ММД, где официально был признан этот термин для обозначения совокупности проблем поведения и обучения в сочетании с легкой неврологической симптоматикой и нормальным интеллектуальным уровнем (17).

В семидесятых годах Вирджиния Дуглас доказала, что, помимо гиперактивности основными симптомами СДВГ являются недостаток (дефицит) внимания и слабый контроль импульсивности. Эта теория была широко распространена и оказывала длительное влияние на определение основных диагностических критериев DSM для СДВГ (31).

В 1980 г. Американской ассоциацией психиатров была разработана рабочая классификация – DSM-IV (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition), - согласно которой случаи, описанные ранее как минимальная мозговая дисфункция, предложено рассматривать как синдром дефицита внимания и гиперактивность. Основной предпосылкой явился тот факт, что наиболее частые и значимые клинические симптомы минимальной мозговой дисфункции включали нарушение внимания и гиперактивность. В последней классификации DSM-IV данные синдромы объединены под одним названием «синдром дефицита внимания и гиперактивности». Учеными было выделено 3 варианта течения СДВГ в зависимости от преобладающих клинических симптомов:

- синдром, сочетающий дефицит внимания и гиперактивность;
- синдром дефицита внимания без гиперактивности;
- синдром гиперактивности без дефицита внимания.

В международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10) синдром рассматривается в разделе «Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте» в подразделе «Нарушение активности и внимания» (F90.0) и «Гиперкинетическое расстройство поведения» (F90.1) (31).

В России формирование концепции СДВГ также имело тесную связь с развитием представлений о минимальных мозговых дисфункциях (ММД).

Термин «ММД» начал активно применяться в 1960-х годах по отношению к детям без выраженных интеллектуальных нарушений, но с различными легкими расстройствами поведения и обучения вследствие биологически обусловленной недостаточности функций центральной нервной системы (ЦНС), чаще резидуально-органического характера. Так, в 1978 г. Л.О. Бадалян, Л.Т. Журкова, Е.М. Мастюкова внедрили этот термин в нашей стране для обозначения разных по этиологии и патогенезу клинических состояний, сопровождающихся нарушениями поведения и обучения, в сочетании с легкой неврологической симптоматикой и нормальным интеллектуальным уровнем (3).

В 1998г. А.В. Карпов подчеркнул сохранность высших корковых функций при задержке их созревания. В настоящее время ММД рассматриваются как последствия ранних локальных повреждений головного мозга, проявляющиеся возрастной незрелостью отдельных высших психических функций и их дисгармоничным развитием (24).

Проблема легких церебральных патологий в настоящее время все чаще привлекает внимание специалистов разных областей и носит междисциплинарный характер. На фоне общего ухудшения здоровья детей ММД является широко распространенной патологией, не имеющей тенденции к снижению.

По данным отечественных авторов, в том числе Е.Д. Белоусовой и М.Ю. Никаноровой частота ММД варьируется от 2 до 60% у детей школьного возраста (6). Зарубежные авторы приводят несколько иные данные о распространенности ММД у детей: 2-22% (52). Такой разброс данных связан с междисциплинарным характером исследования минимальных мозговых дисфункций.

В настоящее время можно выделить несколько подходов в решении проблемы определения сущности ММД, в том числе СДВГ.

К первому подходу (медицинский) относится ряд отечественных исследователей, которые разделяют точку зрения Американской ассоциации психиатров и выделяют из минимальной мозговой дисфункции как более широкого понятия синдром дефицита внимания и гиперактивности.

Так, Е.Д. Белоусова и М.Ю. Никанорова считают, что «синдром дефицита внимания и гиперактивности – дисфункция центральной нервной системы (преимущественно ретикулярной формации головного мозга), проявляющаяся трудностями концентрации и поддержания внимания, нарушениями обучения и памяти, а также сложностями обработки экзогенной и эндогенной информации и стимулов» (6).

Н.Н. Заваденко рассматривает ММД «как последствия ранних локальных повреждений головного мозга, проявляющиеся возрастной незрелостью отдельных высших психических функций и их дисгармоничным развитием. СДВГ – один из вариантов ММД, картину которого определяют неуместная, несоответствующая ситуации избыточная активность, дефицит внимания, импульсивность в социальном поведении и интеллектуальной деятельности, проблемы во взаимоотношениях с окружающими, сопутствующие нарушения поведения, трудности обучения, слабая успеваемость в школе, заниженная самооценка» (18).

При диагностике СДВГ и соответственно ММД эта группа специалистов придерживается критериев и клинических проявлений, разработанных Американской ассоциацией психиатров.

Второй подход (симптомный) представлен зарубежными авторами, которые отмечают, что синдром нарушения внимания с гиперактивностью ранее называли минимальной дисфункцией головного мозга, минимальным повреждением головного мозга, гиперкинетическим синдромом, синдромом гиперактивного ребенка. Это отражает в своем исследовании Л.О. Бадалян (4).

Используя термин ММД, А.И. Захаров считает, что дисфункция «в американской литературе рассматривается как синдром дефицита внимания с гиперактивностью», но при – этом описывают очень пеструю феноменологическую картину (54).

В отечественной дефектологии существует точка зрения, что минимальную мозговую дисфункцию необходимо рассматривать как задержку психического развития (ЗПР) церебрально-органического генеза, используя критерии диагностики ЗПР, принятые в дефектологии (6).

Ряд специалистов в области специальной психологии и дефектологии, такие как В.И. Вьюнова, К.М. Гайдар, Темнова Л.В, выделяют отдельно ЗПР, обусловленную ММД, и отдельно ЗПР церебрально-органического генеза. Критерием дифференциации в данном случае выступает поражение высших корковых функций. Поэтому, ЗПР на базе ММД рассматривается как функциональное отклонение с развитием интеллекта в пределах нормы. Данные исследования можно отнести к третьему подходу (дефектологический) (12).

Четвертый (психологический) включает исследователей, которые по-прежнему используют термин ММД. Л.А. Ясюкова понимает ММД как «наиболее легкие формы церебральной патологии, возникающие вследствие самых разнообразных причин, но имеющие однотипную, невыраженную, стертую симптоматику и проявляющиеся в виде функциональных нарушений, обратимых и нормализуемых по мере роста и созревания мозга». В данном случае, используя традиционную терминологию, делается попытка выделить четкую неврологическую симптоматику ММД. О.В.

Халецкая, В.М. Трошин считают, что под ММД следует понимать диффузную церебральную дизрегуляцию, которая обусловлена задержкой созревания связей между различными отделами ЦНС (54).

На наш взгляд, в настоящее время в психологии целесообразно употреблять понятие «синдром дефицита внимания и гиперактивность». СДВГ следует рассматривать как форму минимальных мозговых дисфункций, характеризующуюся и качественно отличающуюся от других форм ММД основными и сопутствующими психологическими нарушениями, в основе которых лежат биогенетические механизмы.

СДВГ (как форма ММД) – понятие, которое впервые было введено и употребляется в медицинской практике в качестве диагноза на основании неврологического обследования, исследования работы головного мозга с использованием аппаратного обследования и нейровизуализации. Тем не менее, СДВГ характеризуется комплексом психических особенностей, отражающих некоторое целостное психологическое образование. В таком подходе объединены медицинский и психологический аспекты в исследовании минимальных мозговых дисфункций и синдрома дефицита внимания и гиперактивности.

В настоящее время в фокусе научных проблем СДВГ и ММД сходятся интересы различных специалистов – неврологов, нейропсихологов, педиатров, психологов, педагогов, дефектологов. Идет научный поиск критериев классификации ММД на отдельные клинические варианты или типы. Соответственно, психиатры предлагают свои критерии, основанные на факторе времени и нарушении функций и поведения (6).

Дефектологи берут за основу классификации принцип этиологии и тип соотношения черт органической незрелости и повреждения ЦНС. Неврологии, нейропсихологии – уровни преобладающей дизрегуляции (21).

В питерской психологической школе Л.А. Ясюковой разработана типология ММД на основе особенностей деятельности мозга (сочетание степени ослабленности мозговой деятельности, неуправляемости,

рассогласованности деятельности отдельных подструктур мозга и дисбаланса нервных процессов). В наибольшей степени адаптационный процесс в начальной школе страдает у детей с реактивным и астеническим типом ММД, но и дети с ригидным, активным и субнормальным типом ММД могут иметь проблемы, связанные с адаптацией (57).

Что касается этиологии и патогенеза, то этот вопрос активно исследуется и остается открытым, но до сих пор наиболее адекватной моделью для исследования СДВГ и ММД, на наш взгляд, будет биопсихосоциальная патологическая модель, принятая ведущими отечественными и зарубежными специалистами, одними из которых можно считать И.П. Брызгунова, Е.В. Касатикову. (64).

На первое место среди причин, вызывающих данные нарушения, Е.П. Ильин ставит причины, биологического характера, в частности слабое развитие лобных долей, которые отвечают за программирование и контроль поведения, а также нарушения ретикулярной формации (блок активации). Среди неблагоприятных факторов отмечается также отягощенный акушерский анамнез, нежелательность, беременности и попытки ее прервать, травмы при рождении и малый вес при рождении (23).

Кроме того, не исключается значение генетического фактора. Замечено, что в большом проценте случаев у родителей детей с СДВГ в детстве наблюдались те же симптомы. Была выдвинута гипотеза о существовании наследственной предрасположенности к этому психологическому нарушению. Сторонником данной гипотезы является Е.Л. Григоренко. Определенную роль в возникновении СДВГ играют причины социально-психологического порядка, такие, как стресс матери во время беременности, неблагоприятная семейная обстановка и др. (14).

Таким образом, можно сделать вывод о том, что долгое время многие ученые, как зарубежные, так и отечественные, не могли прийти к единому мнению о природе СДВГ. Данный синдром связывали и с поражением отдельных корковых центров, и с минимальной мозговой дисфункцией,

иногда даже с задержкой психического развития. Но современные исследования позволяют нам говорить о том, что СДВГ является самостоятельным синдромом, который связан не только с психофизической стороной личности, но и психосоциальной. Поэтому при организации деятельности по ее преодолению необходимо уделять внимание не только физиологической стороне (коррекция двигательного беспокойства), его психологической составляющей (коррекция трудностей в познавательной деятельности), но и проводить профилактику грядущих проблем при выстраивании межличностных отношений.

1. 2. Особенности развития синдрома дефицита внимания и гиперактивностью у дошкольников при подготовке к школе

Как уже отмечалось в предыдущем параграфе, одной из распространенных форм хронических нарушений поведения в дошкольном возрасте является СДВГ. По данным Н.Н. Заваденко, частота проявлений данного синдрома в общеобразовательной школе – 6,6%, при этом, среди мальчиков эта цифра составляет 11,2%, а среди девочек – 2% (6).

Для детей с СДВГ характерно снижение внимания, двигательная расторможенность (гиперактивность) и импульсивность поведения. Кроме того, для большинства детей с этим синдромом характерна двигательная неловкость, неуклюжесть. Его симптомы всегда отмечаются окружающими ребенка взрослыми в возрасте до семи лет, обычно начиная с четырехлетнего возраста. Но когда такой ребенок становится старше и поступает в школу, у него возникают новые сложности: трудности освоения школьных навыков и слабая успеваемость, неуверенность в себе и заниженная самооценка, проблемы во взаимоотношениях с окружающими, в том числе с одноклассниками и учителем, усиливаются нарушения поведения. Именно в школьные годы чаще всего обнаруживаются нарушения внимания в связи с повышением требований к данной функции в процессе обучения.

К нарушениям внимания относятся, в частности, трудности его удерживания (ребенок не собран, не может самостоятельно довести выполнение задания до конца), снижение избирательности внимания, выраженная отвлекаемость с неусидчивостью, частыми переключениями с одного занятия на другое, постоянным забыванием того, что нужно сделать, потерей своих вещей, необходимых в школе и дома. Дефицит внимания бывает особенно очевидным в новых для ребенка ситуациях, когда ему необходимо действовать без посторонней помощи.

Изучение динамики основных свойств внимания, проведены А.Э. Тамбиевым и С.Д. Медведевым, у детей младшего школьного возраста с СДВГ обнаружили, что показатели устойчивости и переключаемости у детей с данным расстройством отстают в среднем на один год от аналогичных показателей у здоровых детей. Их возрастная динамика характеризуется значительным сходством, что объясняется наличием общих структур мозга, участвующих в их реализации. В то же время показатель интенсивности внимания у этих детей, в отличие от здоровых, не улучшается до десяти лет, что исследователи связывают с нейрофизиологическим или анатомическим дефектом передних ассоциативных отделов коры больших полушарий мозга. Импульсивность выражается в том, что ребенок часто действует, не подумав в классе во время уроков выкрикивает ответ, не дослушав вопроса, без разрешения встает со своего места; перебивает других, вмешивается в разговор или работу находящихся рядом детей или взрослых; бывает в не состоянии ждать своей очереди в играх и во время занятий; без специального умысла может совершать необдуманные поступки (53).

Двигательная расторможенность детей с СДВГ характеризуется тем, что они чрезвычайно подвижны, постоянно бегают, крутятся, пытаются куда-то залезть. Их избыточная моторная активность бесцельна, не соответствует требованиям конкретной обстановки. Следует отметить, что выраженность гиперактивности среди детей с СДВГ варьирует и она наиболее типична для них в дошкольном и младшем школьном возрасте. В более старшем возрасте

она проявляется неусидчивостью, суетливостью, признаками, двигательного беспокойства (крутится, вертится, сидя на стуле; постоянно что-то теребит и вертит в руках, трясет ногой и т.д.).

Наряду с гиперактивностью в двигательной сфере у детей с СДВГ, по мнению Л.Н. Винокурова, обычно обнаруживаются нарушения координации движений, несформированность мелкой моторики и праксиса (сложности при завязывании шнурков, застегивании пуговиц, использовании ножниц, освоении навыков рисования и письма). Трудности, связанные с удерживанием равновесия недостаточностью зрительно-пространственной координации, являются причинами моторной неловкости, неспособности к спортивным занятиям и повышенного риска травматизма (10).

По данным исследований Т.А. Власовой, для детей с СДВГ характерны трудности социального функционирования в семье и школе. Проблемы во взаимоотношениях с окружающими, в том числе со сверстниками, педагогами, родителями, братьями и сестрами, постоянно встречаются у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью. В школьных классах они более разговорчивы, чем другие дети, и более склонны к началу общения. Но невнимательность во время игр и других занятий в сочетании с отвлекаемостью, импульсивностью и часто возникающим желанием заняться чем-то другим приводят к тому, что дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью оказываются не слишком хорошими партнерами. В их действиях прослеживается избыточное реагирование, не соответствующее содержанию ситуаций, невосприимчивость к оттенкам межличностных взаимоотношений. В результате он не может долго играть, успешно общаться и устанавливать дружеские отношения со сверстниками. В коллективе он служит источником постоянного беспокойства: шумит, не задумываясь, берет чужие вещи, мешает окружающим. Все это приводит к конфликтам, и ребенок становится нежеланным и отвергаемым в коллективе (11).

Дома дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью обычно страдают от постоянных сравнений с братьями и сестрами, которые хорошо ведут себя и лучше учатся. Родителей раздражат то, что они беспокойны, навязчивы, эмоционально лабильны, недисциплинированы, непослушны. В домашних условиях они неспособны ответственно относиться к выполнению повседневных поручений, не помогают родителям, неаккуратны. При этом, как отмечает В.Р. Кучма, замечания и наказания не дают желаемых результатов. Поэтому не случайно у большинства детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью постепенно формируются тревожность, неуверенность в себе и низкая самооценка. По данным зарубежных исследований около 25% детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью страдают тревожностью (29).

Н.Н. Заваденко отмечает, что признаки тревожности носят характер вторичных нарушений и связаны с конфликтными ситуациями в школе и дома, трудностями взаимоотношений с окружающими, проявляются неуверенностью детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью в себе, боязнью новых ситуаций, нежеланием посещать школу, навязчивыми действиями (сосет палец, грызет ногти, кусает губы и т.д.) трудностями засыпания и беспокойным сном (19).

При СДВГ наблюдается обеднение эмоциональной сферы. Исследования А.Д. Кошелевой и Л.С. Алексеевой подтверждают, что эти дети бедны эмоциональными ощущениями: у них не выразительны в цветовом отношении рисунки, стереотипны и поверхностны образы; беден эмоциональный отклик на музыкальные, художественные произведения; неглубоки эмоциональные проявления по отношению к другим людям. Дети этого типа часто или возбудимы, или внутренне напряжены. Для них характерны смена настроений, переживание чувства страха, негативизма (27).

Речь тесно связана с интеллектом и отражает как общее развитие ребенка, так и уровень его логического мышления. По данным зарубежных

исследований, от 30 до 60% детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью обнаруживают речевые расстройства (34).

Для детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью, как указывает Б.Г. Моница, характерна чрезмерная говорливость и громкость. Они путано излагают свои мысли, используют меньше местоимений и союзов, так что собеседник с трудом может понять смысл их высказываний. У детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью нарушена способность к речевому общению окружающими, пониманию выраженных в речи эмоций, реакций, инструкций, юмора. Они не могут соблюдать правила ведения беседы (высказываться по очереди с собеседником, поддерживать тему беседы), изменять стиль своей речи в зависимости от возраста собеседника (младший ребенок, сверстник, взрослый человек), что приводит к постоянным затруднениям в социальных контактах (35).

После поступления в школу проблемы детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью значительно усиливаются. Требования к обучению в школе таковы, что ребенок с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью не в состоянии их выполнить. Поэтому закономерно возникает проблема готовности детей данной категории к обучению в школе.

Поведение ребенка синдромом дефицита внимания и гиперактивностью не соответствует возрастной норме, в обычной школе ему не удается достичь результатов, соответствующих его способностям. При этом большинство детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью имеют хорошие интеллектуальные способности, о чем свидетельствуют результаты специальных исследований (17).

Н.В. Нижегородцева пишет о том, что во время уроков им сложно справиться с заданиями, так как они испытывают трудности в организации и завершении работы. Наблюдения показывают, что они довольно скоро выключаются из процесса выполнения задания. Письменные работы выглядят неряшливо и характеризуются ошибками, которые могут быть результатом невнимательности, невыполнения указаний учителя или

угадывания без учета всех возможных вариантов. При этом дети не склонны прислушиваться к советам и рекомендациям взрослых (40).

Навыки чтения, письма и счета у этих детей значительно ниже, чем у их сверстников, и не соответствуют показателям их интеллектуальных способностей, наблюдаются трудности в развитии школьных навыков: дисграфия, дислексия, дискалькулия. Так, данные нарушения могут быть обусловлены расстройством восприятия.

При изучении оптико-пространственной деятельности у детей синдромом дефицита внимания и гиперактивностью, было обнаружено своеобразное развитие пространственного восприятия. О.П. Гаврилушкина отмечает, что «феномен соскальзывания взгляда» зарегистрирован у детей в процессе движения глаз по строке при чтении. Субъективно, при чтении, это воспринимается, как «потеря строки», «непонимания слов, расположенных по правому или левому краю строки. Многие дети вынуждены для эффективного удержания взгляда на строке, сопровождать его движением пальца или пользоваться линейкой (11).

Кроме того, у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью имеют место кратковременные, 5-20 секунд, выключения сознания во время урока, нарушающие процесс восприятия. На последних уроках таких выключений сознания может быть 3-5. Е.В. Касатикова, говорит о том, что отсюда следует мозаичность восприятия информации. Поэтому, при изложении учителем нового материала, ребёнок полностью перестаёт понимать новую тему (25).

Часто встречающаяся у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью леворукость рассматривается некоторыми авторами как признак замедления созревания ЦНС и нарушения функционального равновесия полушарий мозга, приводящих к неполной или недостаточной латерализации процессов речи, чтения и письма (36).

Синдром дефицита внимания и гиперактивность – один из вариантов минимальных мозговых дисфункций Л.А. Ясюкова выделила пять типов

ММД: реактивный, активный, астеничный, ригидный, субнормальный, каждому из которых соответствуют не только общая характеристика ММД, но и специфический психологический портрет. Так, ею были выделены:

1. Реактивный тип (дети с гиперактивностью; более тяжелое состояние). Эти дети выглядят исключительно деятельными, но фактически – это двигательная расторможенность вынужденная, неуправляемая реактивность, сочетающаяся с повышенной возбудимостью, переключаемостью и утомляемостью. Свое поведение они контролировать не могут – сначала действуют, а потом понимают, что произошло. Присутствие учителей или родителей не является для реактивных детей сдерживающим фактором.

На резкое замечание реактивные дети дают резкий ответ. Попытки сдержать реактивного ребенка приводят к тому, что он начинает действовать по принципу отпущенной пружины. Именно «реактивные» дети доставляют больше всего хлопот и неприятностей учителям, родителям и друзьям, но и сами они при этом сильно страдают: пытаются, но не могут выполнить обещания, дают слово и не могут его сдержать. Их повышенная реактивность приводит к тому, что они значительно больше успевают натворить в периоды релаксации мозга, чем дети с другими типами ММД. Обычно они ни у кого не вызывают сочувствия, а только раздражение, осуждение и неприязнь. Постепенно их окружает барьер отторжения. Именно это и порождает агрессию.

Обучаемость у реактивных детей объективно лучше, чем у астеничных. Среди них нередко встречаются действительно оригинальные, талантливые дети. Но и случаи задержек психического развития у реактивных детей не являются редкостью. В процессе урока дети этого типа также периодически «отключаются», не замечая этого. Они быстро утомляются и не могут сохранять восприимчивость и умственную работоспособность до конца учебного дня, хотя остаются двигательными-активными до позднего вечера.

Память у них может быть в норме, но из-за исключительной неустойчивости внимания неизвестно, что и в какой последовательности в ней оседает. Могут быть случайные «дыры» даже в хорошо усвоенном материале.

В спокойной обстановке, когда взрослые направляют их деятельность, реактивные дети могут успешно обучаться. В обычном школьном классе реактивные дети быстро перевозбуждаются от переизбытка взаимодействий и впечатлений.

Эмоциональные реакции реактивных детей бурные, но обычно быстро проходящие. Богатые внешние проявления могут сочетаться с неглубокими внутренними переживаниями. Обычно необходимо медикаментозное лечение, уменьшающее реактивность, чтобы дети этого типа могли без конфликтов посещать школу.

2. Активный тип (менее тяжелое состояние). По внешним поведенческим проявлениям дети, относящиеся к активному типу, могут быть похожи на неорганизованных, импульсивных, увлекающихся детей без ММД. Они активно включаются в деятельность, но работают недолго. Учитель видит, что эти дети быстро утомляются и не могут произвольно регулировать свою работоспособность, поэтому их часто ругают за лень, безволие, нежелание потрудиться, довести начатое дело до конца.

У активных детей с ММД точность работы страдает всегда, часто значительно ухудшаясь к концу работы. Скорость резко падает где-то на середине. Они начинают работать быстро, но удержать темп и восстановить его после падения не могут. Короткие самостоятельные работы дети этого типа могут писать очень хорошо, длинные – плохо. Количество ошибок в начале и в конце работы может очень значительно различаться.

Таких детей постоянно воспитывают и в школе, и дома. Их не считают глупыми, как ригидных, или хулиганами, как реактивных. От них не пытаются избавиться. Если изначально не было педагогической запущенности, то развитие интеллекта активных детей в школьные годы не

страдает. Память у них тоже бывает в норме, но объем оперативных процессов все же мал. О своих дефектах они не подозревают, отключения не чувствуют, и это порождает проблемы. Учатся дети этого типа неровно, но в школы для детей с ЗПР не попадают.

3. Астеничный тип (дети без внешней гиперактивности; более тяжелое состояние). В эту группу попадают дети с исключительно повышенной умственной утомляемостью, которая выступает основой их дефекта вообще. Повышенная истощаемость может быть характерна только для их интеллектуальной деятельности. Учителя выявляют астеничных детей довольно быстро, замечая, как те «выключаются» на уроках. Дети сидят с отсутствующим взглядом, смотрят «в никуда», нередко кладут голову на парту, могут не прореагировать на замечание. Работать в течение всего урока они не могут, что-то делать только в начале и потом могут еще пару раз подключиться к работе. Довольно быстро (часто к концу второго урока) такие дети переутомляются совсем и далее лежат на парте или тихо занимаются своими делами. На переменах, тем не менее, они могут играть, быть достаточно активными, но напряженная умственная деятельность их быстро утомляет и «выключает». Учителя их переносят спокойно, даже сочувствуют, потому что они ведут себя тихо и не мешают на уроках. Астеничные дети обычно знают, что у них плохая память и внимание и относятся к этому спокойно. Их произвольное внимание действительно не развито. Оно неустойчиво, концентрация слабая, распределения внимания нет совсем. Два дела одновременно они делать не могут. Замедленная переключаемость приводит к тому, что астеничные дети не успевают за объяснением и быстро перестают понимать, что говорит учитель. Часто такой ребенок «выключается» из разговора или объяснения, не будучи еще переутомленным, именно потому, что, не успевая следить, теряет нить и перестает понимать смысл сообщения.

Объем кратковременной и оперативной памяти у астеничных детей очень мал. Без опоры на вынесенные вовне стимулы ребенок не может

держат в уме информацию и оперировать ею. Например, не может одновременно помнить инструкцию и действовать в соответствии с ней. Помнит правило, инструкцию, воспроизводит их, но, когда работает, не может ими руководствоваться. У астеничных детей бывает затруднен переход в долговременную память. Последняя бывает слегка ослаблена, но может и не страдать. Возможность нормализации работы мозга, в первую очередь, зависит от общего состояния здоровья ребенка. Часто в латентной и ослабленной форме отдельные проявления ММД остаются на всю жизнь.

4. Ригидный тип (менее тяжелое состояние). Обычно дети этого типа хорошо видны по внешним поведенческим признакам (замедленность действий, речи, реакций).

Дети этого типа с ММД отличаются высокой утомляемостью, периодическими «выключениями» и восстановлениями интеллектуальной работоспособности. При этом активные периоды могут сохраняться у них почти до конца учебного дня. Иногда по своему поведению ригидные дети не выглядят заторможенными, однако их интеллектуальная деятельность всегда характеризуется замедленной вработываемостью и плохой переключаемостью.

Память у детей этого типа обычно бывает в норме. Устойчивость и концентрация внимания могут быть средними. Слабым местом является очень плохая переключаемость, которая проявляется в характере систематических ошибок при заполнении теста. При общей нейродинамической инертности и эмоциональная инертность проявляется не так значительно в силу того, что эти дети вообще менее эмоциональны. Однако встречаются и впечатлительные ригидные дети, склонные к эмоциональным «застряваниям» с глубокими переживаниями.

5. Субнормальный тип. Поведение детей этой группы не отличается чем-то особенным. Дети этой группы также повышено утомляемы, хотя с помощью волевого самоконтроля они могут несколько корректировать свою деятельность. «Отключаются» они значительно реже, чем представители

других типов, но также не замечают этого. Объем оперативной памяти и мышления у них мал, произвольное внимание развито слабо, при этом интеллект, как правило, не страдает.

Взрослые воспринимают этих детей как совершенно здоровых, но слегка невнимательных. Поэтому у них стараются тренировать внимание и память. Ни к чему, кроме переутомления, это не приводит. Внимательность не улучшается. Отрабатываемыми мнемоническими приемами в реальной жизни они все равно не пользуются, так как у них малы именно объемные характеристики памяти, а устойчивость следов в норме. У детей страдают именно оперативные процессы, контролировать которые они не могут. Как правило, они продолжают действовать, не замечая, как происходит подмена инструкции и выпадает какое-нибудь условие. Работоспособность у них обычно сохраняется в течение всего учебного дня, но «отключения» все-таки бывают. Поэтому, даже если ребенок отличается исключительной старательностью, в его знаниях могут быть специфичные, хотя и редкие пробелы. Это наиболее благополучная, близкая к норме группа (57).

Исходя из анализа психологических портретов различных типов ММД, следует, что психологические особенности детей реактивной формы ММД соответствуют психологическим особенностям детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью, а значит СДВГ – реактивная форма ММД.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что старшие дошкольники с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью демонстрируют снижение произвольности собственной активности как одной из основных составляющих развития ребенка, обуславливающей снижение и незрелость формирования в развитии следующих функций: внимания, праксиса, ориентации, слабости нервной системы. Незнание того, что у ребенка есть функциональные отклонения в работе мозговых структур, и неумение создать ему соответствующий режим обучения и жизни в целом в дошкольном возрасте порождают множество проблем в начальной школе. Дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью не вполне готовы

к школьному обучению. У них не сформированы предпосылки к овладению школьных навыков. Им сложно регулировать свое эмоциональное состояние, произвольно организовывать свою деятельность. Дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью имеют серьезные проблемы в социальном взаимодействии, включая взаимодействие с родственниками, учителями и сверстниками.

1.3. Возможность коррекционно-педагогического сопровождения дошкольников с синдромом дефицита внимания и гиперактивности при подготовке к школе

Нарушения детей с СДВГ затрагивают все уровни детского развития. На физиологическом уровне это связано с нарушениями работы определенных структур головного мозга; на психологическом – нарушения внимания, речи, моторики, поведения; на социальном – нарушения формирования навыков социального взаимодействия, а значит, диагностика и коррекция должны носить комплексный характер. Данное положение осложняется отсутствием надежных методов, позволяющие исследовать и корректировать феномены СДВГ как целостного образования. На необходимость комплексного подхода к диагностике и коррекции синдрома дефицита внимания и гиперактивности указывают многие отечественные и зарубежные специалисты (38).

Диагностика детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности проводится специалистами различных профилей (неврологами, психологами, дефектологами, логопедами) и включает в себя:

1. Неврологическое обследование. Неврологический осмотр является обязательным этапом обследования детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью. В ходе него врач анализирует анамнестические сведения, включая особенности развития ребенка, сведения о действии неблагоприятных факторов в периоды беременности и родов, перенесенных

заболеваниях. Хотя при исследовании неврологического статуса у детей с данным синдромом не определяется выраженной очаговой неврологической симптоматики, его картина имеет ряд особенностей.

Наиболее характерными для детей с СДВГ являются нарушения в координаторной сфере. Дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью испытывают трудности при выполнении заданий на координацию движений. Это проявляется в значительном числе ошибок, наличии пошатывания, тенденции к использованию вспомогательных установок рук и падению при выполнении заданий на ходьбу и равновесие. В пробах на чередование движений конечностей и мелкую моторику у этих детей отмечается большое количество синкинезий, медленный темп выполнения последовательных движений (19).

2. Аппаратное обследование. Во многих исследованиях детей с СДВГ используются электрофизиологические измерения функционирования головного мозга, такие как электроэнцефалограмма (ЭЭГ). ЭЭГ регистрирует электрическую активность головного мозга используя электроды, которые прикладывают к поверхности черепа ребенка. Так, при изучении функционального состояния головного мозга детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности было обнаружено слабое реагирование на тестовые стимулы и недостаточное торможение реакций в ходе выполнения тестов на выносливость, а также пониженное кровообращение в лобной зоне мозга (37).

3. Нейровизуализация (нейроизображение). Нейровизуализацией называют приемы, используемые для изучения структуры и функции головного мозга. Процедуры получения структурных изображений мозга включают в себя магнитно-резонансную томографию и компьютерную томографию. С помощью магнитно-резонансной томографии анализируются мельчайшие структуры мозга. Компьютерная томография показывает крупные структуры мозга. Так, снимки мозга детей с СДВГ, полученные методом магнитного резонанса, показали наличие структурных нарушений в

лобной зоне мозга. Эти отделы мозга связаны со вниманием и программированием реакций (37).

4. Психологическое обследование. Обследование детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью обязательно должно включать методы оценки их психического развития. Трудности школьного обучения и поведения у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью, прежде всего, обусловлены нарушениями концентрации внимания, импульсивностью, чрезмерной двигательной активностью, несоблюдением правил поведения. Важное значение имеет получение соответствующих сведений от родителей, воспитателей или педагогов с помощью анкетирования по специально разработанным структурированным опросникам. Такие опросники позволяют достаточно подробно охарактеризовать общее состояние и поведение ребенка, поскольку включают перечень большого числа основных и сопутствующих нарушений. Наибольшую известность за рубежом получили опросники Ахенбаха, Коннерса, Раттера, в России – опросник для родителей детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью, а также другими формами минимальных мозговых дисфункций Н.Н. Заваденко и некоторые другие. Их применение направлено на обнаружение различных форм девиантного поведения включая и синдром дефицита внимания с гиперактивностью. Однако следует подчеркнуть, что лишь на основании результатов анкетирования никогда не ставится тот или иной медицинский диагноз, а выделяются дети «групп риска», которые в дальнейшем должны пройти подробное психологическое и медицинское обследование. Для диагностики синдрома дефицита внимания и гиперактивности и минимальных мозговых дисфункций применяется тест Тулуз-Пьерон. Тест Тулуз-Пьерона является одним из вариантов «корректирующей пробы», общий принцип которой был разработан Бурдоном в 1895 году. Суть задания состоит в дифференцировании стимулов, близких по форме и содержанию в течение длительного, точно определенного времени. Тест Тулуз-Пьерона первично

направлен на изучение свойств внимания (концентрации, устойчивости, переключаемости) и психомоторного темпа (26).

Кроме того, для оценки устойчивости внимания и импульсивности применяют компьютерные методы исследования: тест непрерывного выполнения и стоп-задание. Для исследования слухоречевой и зрительной памяти применяется методика «Лурия – 90» (33).

Оказание помощи детям с СДВГ всегда носит комплексный характер и объединяет различные подходы, в том числе работу с родителями и со школьными педагогами, методы модификации поведения (то есть специальные воспитательные приемы), психолого- педагогической коррекции, психотерапии, а также медикаментозное лечение. Ряд исследователей предлагают комплексные программы по преодолению основных психических нарушений у детей с СДВГ (30). Так, R.A. Barkley отмечает, что одна медикаментозная терапия, с которой он рекомендует начинать, эффективна в 81% случаев, исключительно поведенческая терапия – в 58%, тогда как комбинированное лечение может дать стопроцентный результат (26).

К. Quaschner представил следующую схему лечения и коррекции детей с гиперкинетическим расстройством:

- медикаментозное лечение;
- мероприятия поведенческой терапии (оперантные техники/программы подкрепления);
- тренинг самоинструктажа;
- тренинг социальных умений;
- функциональный тренинг, помогающий преодолеть трудности в обучении и проблемы с успеваемостью, благодаря этому, повысить самооценку;
- консультирование родителей (28).

Исходя из принципов «онтогенетически ориентированной (реконструктивно-кондуктивной) психотерапии и психокоррекции».

Ю.С. Шевченко была разработана программа комплексной многоуровневой лечебно-коррекционной помощи детям с гиперактивностью:

Первый уровень – метаболический. Медикаментозные воздействия на этом уровне направлены на энцефалопатические и диснейроонтогенетические механизмы патогенеза синдрома и его психопатологические проявления. Энцефалопатическая основа рассматриваемых форм отклоняющегося поведения диктует необходимость комплексного биологического лечения.

Второй уровень – нейрофизиологический. Работа на этом уровне включает нейропсихологическую диагностику и комплексную психомоторную коррекцию базисных онтогенетических блоков мозговой организации психической деятельности ребенка. Помимо психомоторной коррекции общих проявлений минимальной мозговой дисфункции, гиперактивные дети с недостаточностью пространственного анализа и синтеза, фонематического слуха, праксиса и гнозиса нуждаются в реконструктивной коррекции высших психических функций, ответственных за усвоение школьных навыков (56).

Позитивный регресс в процессе нейропсихологической коррекции заключается в возврате к экстернизированным, внешним по форме и опосредованным по структуре ВПФ и развернутому характеру их протекания и предметной деятельности. Это обеспечивает обоснованную возможность заново сконструировать и построить несформированную, ущербную или нарушенную ВПФ сначала во внешней, материальной форме («на рабочем столе»), а затем постепенно сократить ее, автоматизировать и перевести на уровень «в уме». По такому же принципу происходит произвольное освоение или совершенствование любого навыка (41).

Проанализировав опыт работы зарубежных и отечественных специалистов в области лечения и коррекции детей с СДВГ, были

определены основные направления в оказании помощи детям данной категории:

1. Работа с родителями. В оказании психологической помощи детям с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью решающее значение имеет работа с их родителями и педагогами (8).

Очень важно помочь родителям разобраться в поведении ребенка, причинах имеющихся у него трудностей, развеять заблуждения, объяснить, на что реально можно надеяться и как правильно вести себя с ним.

В работе с родителями в России и за рубежом применяют тренинг родительской компетентности (ТРК), который направлен на то, чтобы обучить родителей изменять поведение ребенка дома (10).

Тренинг родительской компетентности (ТРК) позволяет родителям приобрести следующие необходимые им навыки:

- преодоление непослушания и устранение вызывающего поведения ребенка;
- адаптация к эмоциональным трудностям, вызванным воспитанием ребенка с СДВГ;
- контроль над ситуацией, исключая экспансию существующих проблем;
- защита других членов семьи от воздействия неблагоприятных факторов.

Родителям в первую очередь рассказывают о специфике синдрома дефицита внимания и гиперактивности, чтобы они понимали биологическую основу этого расстройства. Кроме этого, родителей знакомят с общими принципами воспитания ребенка с СДВГ, учат их постоянно использовать свое влияние на ребенка, планировать и добиваться последовательности в своих действиях, не персонализировать проблемы ребенка и уметь прощать его.

Затем родителей обучают техникам, позволяющим изменять поведение ребенка. Они узнают, как идентифицировать те формы поведения, которые

они хотят поощрить или предотвратить, как использовать поощрения и наказания для достижения определенных целей. Их учат умению замечать то, что ребенок делает хорошо, и умению хвалить ребенка за его достоинства и достигнутые успехи. Кроме этого, родители обучаются использовать систему штрафов (пенальт) за деструктивное поведение (таких как потеря привилегий или тайм-аут) и справляться с непослушанием в общественных местах.

Родителей обучают приемам модификации (изменения) поведения гиперактивного ребенка. К числу подобных приемов относятся: использование определенных правил и положительного подкрепления, повседневное выполнение определенного распорядка дня, составление списков необходимых дел, регулирование информации, применение цветовых обозначений (листы-памятки, цветовая маркировка), упорядочивание окружающей обстановки с ограничением отвлекающих факторов, контролем за плохими привычками и изменениями действий, использование напоминаний в виде плакатов (рисунков). Эти несложные меры прививают ребенку навыки планирования и организации собственной деятельности.

Родителям рассказывают о том, как ежедневно заниматься с ребенком так, чтобы эти занятия приносили совместное удовольствие. Они учатся так организовывать его деятельность, чтобы успех ребенка был максимален, а неудачи минимальны. Родителей обучают также снижать собственную раздражительность путем релаксации, медитации или физических упражнений. Пониженная раздражительность и агрессия позволяют родителям реагировать на поведение ребенка более спокойно.

Многие исследования подтверждают эффективность ТРК, который позволяет справляться с проявлениями вызывающего поведения ребенка. ТРК позволяет разрешать в большей степени сопутствующие проблемы (37).

2. Работа с педагогами. Поскольку наибольшие сложности гиперактивные дети испытывают в школе, к организации помощи им необходимо привлекать педагогов.

Прежде всего, педагогу предоставляют подробные сведения о природе синдрома дефицита внимания с гиперактивностью и о том, как такие дети обычно ведут себя в классе. Подчеркивается, что работа с ними должна строиться индивидуально, при этом основное внимание уделяется их отвлекаемости и слабой самоорганизации.

Педагогическая коррекция ориентирована на устранение невнимательности, гиперактивности и импульсивности, мешающих учебе, и на создание такой атмосферы на уроке, которая усиливала бы возможности ребенка. Учитель и ребенок определяют реалистичные задачи, на основе взаимной договоренности разрабатывают систему поощрений (учитель тщательно следит за действиями ребенка и школе) и награждают его за достижение целей. Деструктивное или рассеянное поведение в классе наказывается потерей привилегий, изъятием жетонов, мягкими санкциями или коротким периодом тайм-аута.

Многие стратегии по обучению детей с СДВГ представляют собой хорошо разработанные преподавательские методики. Они объясняют ребенку, чего от него хотят; используют зрительный анализатор, подсказки о том, как нужно себя вести; письменный и устный инструктаж. Все это помогает детям сосредоточить внимание и запомнить важные моменты.

Педагогическая коррекция оказывает в целом положительный эффект при обучении детей с СДВГ, позволяя преодолевать деструктивные формы поведения в школе и повышая успеваемость.

3. Методы психолого-педагогической коррекции синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей, в том числе нейропсихологические коррекционные методы, активно разрабатываются в последние годы. Они направлены не только на преодоление недостаточности внимания и функций организации, программирования и контроля психической деятельности, но также нарушений памяти, наглядно-образного мышления, пространственного восприятия, зрительно-моторной координации и тонкой моторики,

своих этим детям, и нередко наблюдающихся у них трудностей формирования основных школьных навыков – письма, чтения, счета.

Формирование письма, чтения и счета у многих гиперактивных детей происходит гораздо медленнее, чем у их сверстников. В основе этих трудностей наряду с нарушениями внимания, импульсивностью и гиперактивностью лежат недостаточность речевых функций, памяти, зрительно-пространственного восприятия, тонкой моторики кистей рук. Это указывает на необходимость своевременного проведения специальных коррекционных занятий, стимулирующих развитие школьных навыков.

При сопутствующих нарушениях речевых функций, дефектах артикуляции, заикании гиперактивным детям показаны логопедические занятия.

4. Психотерапия. Методы семейной и индивидуальной психотерапии при синдроме дефицита внимания с гиперактивностью направлены на уменьшение психологической напряженности в семье, создание благоприятной для ребенка обстановки. Неотъемлемая часть психотерапии – объяснение ребенку на понятном ему языке, в чем причина его неудач. Психотерапия показана при наличии сопутствующих нарушений – заниженной самооценки, тревожности, страхов, оппозиционного поведения, агрессивности, которые часто наблюдаются у гиперактивных детей. Групповая психотерапия направлена на развитие у детей навыков общения, социального взаимодействия.

Хороший эффект дают методы игровой поведенческой терапии и психогимнастики, направленные на развитие и коррекцию различных сторон психики ребенка (как на познавательную, так и на эмоционально-личностную сферу), а также его двигательных функций (22).

5. Медикаментозная терапия занимает важное место в лечении синдрома дефицита внимания с гиперактивностью. Она назначается индивидуальным показанием в тех случаях, когда когнитивные и поведенческие нарушения у гиперактивного ребенка не могут быть

преодолены лишь с помощью методов модификации поведения, психолого-педагогической коррекции и психотерапии. Наиболее оптимальных результатов удается достичь при сочетании медикаментозных и вышеописанных немедикаментозных методов лечения. При медикаментозной терапии синдрома дефицита внимания с гиперактивностью, в первую очередь, показаны препараты, оказывающие стимулирующее действие на недостаточно сформированные у детей этой группы когнитивные функции (внимания, памяти, организации, программирования и контроля психической деятельности, речи, праксиса).

В комплексной коррекции синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей незаменимы физкультура и спортивные занятия. Спортивные занятия способствуют улучшению организации движений, в том числе тонкой моторики. Регулярные тренировки дисциплинируют. Гиперактивным детям подходят любые спортивные занятия, кроме потенциально травматичных – различных видов силовой борьбы, бокса, поскольку для них крайне нежелательны дополнительные травмы и прежде всего – черепно-мозговые (17).

Кроме вышеперечисленных методов коррекции психических нарушений у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью, применяют аппаратную коррекцию и стимуляцию головного мозга. Так, в последнее время широкое распространение получили альфа - и бета – тренировки (тренинги обратной связи), направленные на преодоление невнимательности, гиперактивности и импульсивности. А также микрополяризация – электровоздействие постоянным током с целью уменьшения функциональной незрелости структур головного мозга (20).

Применение современных методов помогает детям с гиперактивностью и дефицитом внимания достичь значительных результатов, постепенно преодолеть трудности в обучении поведении и общении. Необходимыми условиями для этого являются своевременность, последовательность и достаточная продолжительность оказываемой помощи (18).

Таким образом, исходя из ведущего принципа специального образования - единство диагностики и коррекции – оказание помощи детям с СДВГ должно ориентироваться на комплексную диагностику их психического развития и объединять различные подходы. Первоначальная постановка врачом-невропатологом или врачом-психиатром диагноза и медикаментозная терапия дополняется психологической и педагогической коррекцией, что определяет комплексный подход к проблемам гиперактивного ребенка и может гарантировать успех в преодолении негативных проявлений данного синдрома. Проблемы гиперактивных детей не решаются в одночасье и одним человеком. Это комплексная проблема требует внимания, как родителей, так и врачей, педагогов и психологов. Причем медицинские, психологические и педагогические задачи подчас так перекликаются, что невозможно провести разграничительную черту между ними.

ВЫВОДЫ ПО ПЕРВОЙ ГЛАВЕ:

В отечественной и зарубежной литературе отсутствуют единые представления о природе, симптомокомплексе и проявлениях СДВГ среди специалистов разного профиля, что ведет к противоречивым прогнозам развития, неоднозначным подходам к реабилитации, коррекции и организации обучения детей с данными нарушениями. Кроме того, наиболее активно исследования проводятся в области медицины, тогда как психолого-педагогический аспект проблемы изучен недостаточно.

Дети с СДВГ не вполне готовы к школьному обучению. У них не сформированы предпосылки к овладению школьных навыков. Они испытывают трудности в овладении счетом, чтением и письмом. Им сложно регулировать свое эмоциональное состояние, произвольно организовывать свою деятельность. Дети с СДВГ имеют серьезные проблемы в социальном

взаимодействии, включая взаимодействие с родственниками, учителями и сверстниками.

Оказание помощи детям с СДВГ должно ориентироваться на комплексную диагностику их психического развития и объединять различные подходы, в том числе работу с родителями и со школьными педагогами, методы модификации поведения (то есть специальные воспитательные приемы), психолого-педагогическую коррекцию, психотерапию, а также медикаментозное лечение.

Диагностическая и коррекционно-развивающая работа с дошкольниками, имеющими СДВГ, должна носить комплексный характер и обеспечивать развитие базовых и ведущих учебных качеств в тесной взаимосвязи с другими учебно-важными качествами.

ГЛАВА 2. ОПЫТНО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ РАБОТА ПО КОРРЕКЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКОМУ СОПРОВОЖДЕНИЮ ДОШКОЛЬНИКОВ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ НА ЭТАПЕ ПОДГОТОВКИ К ШКОЛЕ

2. 1. Организация и анализ результатов изучения уровня готовности дошкольников с синдрома дефицита внимания и гиперактивности на этапе подготовки к школе

После анализа специальной литературы по проблеме коррекционно-педагогического сопровождения дошкольников с СДВГ нами было организовано экспериментальное исследование. Его цель – выявить уровень готовности дошкольников с синдромом дефицита внимания и гиперактивности к обучению в школе.

Для достижения цели нами были поставлены следующие задачи:

1. Исследование психологических особенностей внимания и скорости переработки информации у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности.
2. Исследование основных и сопутствующих психологических симптомов у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности.
3. Исследование уровня готовности к обучению в школе детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности.

Исследование проводилось на базе МБДОУ детский сад комбинированного вида № 15 «Дружная семейка» города Белгорода. В исследовании участвовали 60 детей подготовительной к школе группы, которых условно мы разделили на 3 подгруппы: дети с СДВГ, медлительные дети, дети с нормой психического развития.

В процессе экспериментального исследования нами были использованы следующие методики:

1. Оценка концентрации внимания и скорости переработки информации детей осуществлялась с помощью модифицированной методики Тулуз-Пьерона, которая представлена в пособии Л.А. Ясюковой (см. Приложение 1). Данная методика позволяет определить не только скорость и точность выполнения задания, но и установить наличие СДВГ (57).

2. Исследование основных и сопутствующих психологических симптомов детей с СДВГ осуществлялось по методике Н.Н. Заваденко «Анкета для родителей детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью, другими формами минимальных мозговых дисфункций» (см. Приложение 2). Данная анкета специально предназначена для оценки основных и сопутствующих симптомов у детей в возрасте от 4 до 15 лет с СДВГ, а также другими формами минимальных мозговых дисфункций (19).

3. Оценка уровня школьной готовности к обучению в школе детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью осуществлялась по методике Н.В. Нижегородцевой «Комплексная диагностика готовности детей к обучению в школе» (КДГ) (39).

Психологическая готовность к обучению в школе представляет собой сложное структурно-системное образование и охватывает все стороны детской психики, включает личностно-мотивационную сферу, элементарные системы обобщенных знаний и представлений, некоторые учебные навыки, познавательные, психомоторные и интегральные способности.

Стартовая готовность к обучению в школе включает в себя базовые учебно-важные качества (УВК) – внутренний каркас психологической структуры учебной деятельности, основа развития и компенсации других УВК и ведущие УВК, которые непосредственно связаны с результатами учебной деятельности и показателями ее продуктивности (скоростью, качеством, надежностью). Уровень развития ведущих УВК, прежде всего, следует учитывать при определении школьной готовности ребенка.

В результате исследования нами были полученные следующие данные: процентное соотношение уровней развития внимательности и скорости переработки информации у детей с минимальными мозговыми дисфункциями, медлительных детей и детей с нормальным психическим развитием приведены в сводных таблицах (см. табл. 2.1 и 2.2).

Таблица 2.1.

**Процентное соотношение уровней развития концентрации
внимания у детей дошкольного возраста подготовительной к школе
группы**

Уровень концентрации внимания	Количество испытуемых, %		
	Дети с СДВГ (43%)	Медлительные дети (27%)	Дети с нормальным психическим развитием (30%)
I низкий уровень	43,4	-	--
II уровень ниже среднего	15,1	-	-
III средний уровень (норма)	41,5	-	15,8
IV уровень выше среднего		55,9	47,4
V высокий уровень	-	44,1	36,8

Таблица 2.2.

Процентное соотношение уровней скорости переработки информации у детей дошкольного возраста подготовительной к школе группы

Уровень скорости переработки информации	Количество испытуемых, %		
	Дети с СДВГ (43%)	Медлительные дети (27%)	Дети с нормальным психическим развитием (30%)
I низкий уровень	34	55,9	-
II уровень ниже среднего	47,1	44,1	-
III средний уровень (норма)	15,1	-	84,2
IV уровень выше среднего	3,8	-	15,8
V высокий уровень	-	-	-

Выявлено значительное различие между уровнями развития концентрации внимания и скорости переработки информации у детей с СДВГ, медлительных детей и детей с нормальным психическим развитием. Данные представлены на рисунках 2.1 и 2.2

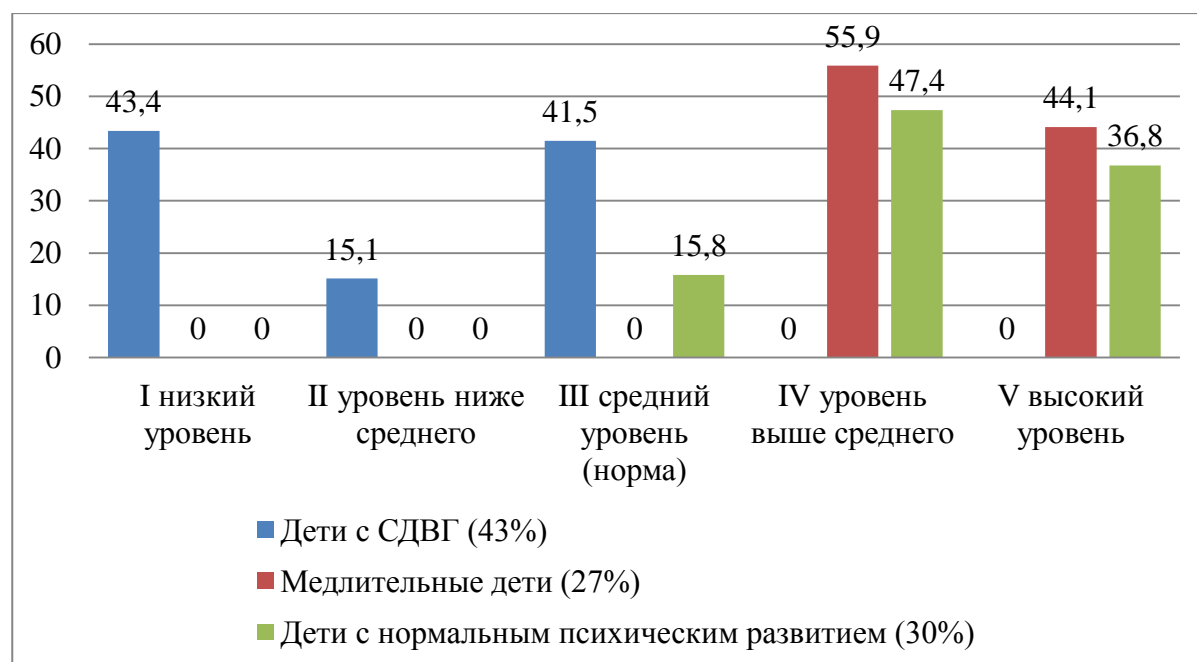


Рис. 2.1. Уровень развития концентрации внимания у детей дошкольного возраста подготовительной к школе группы

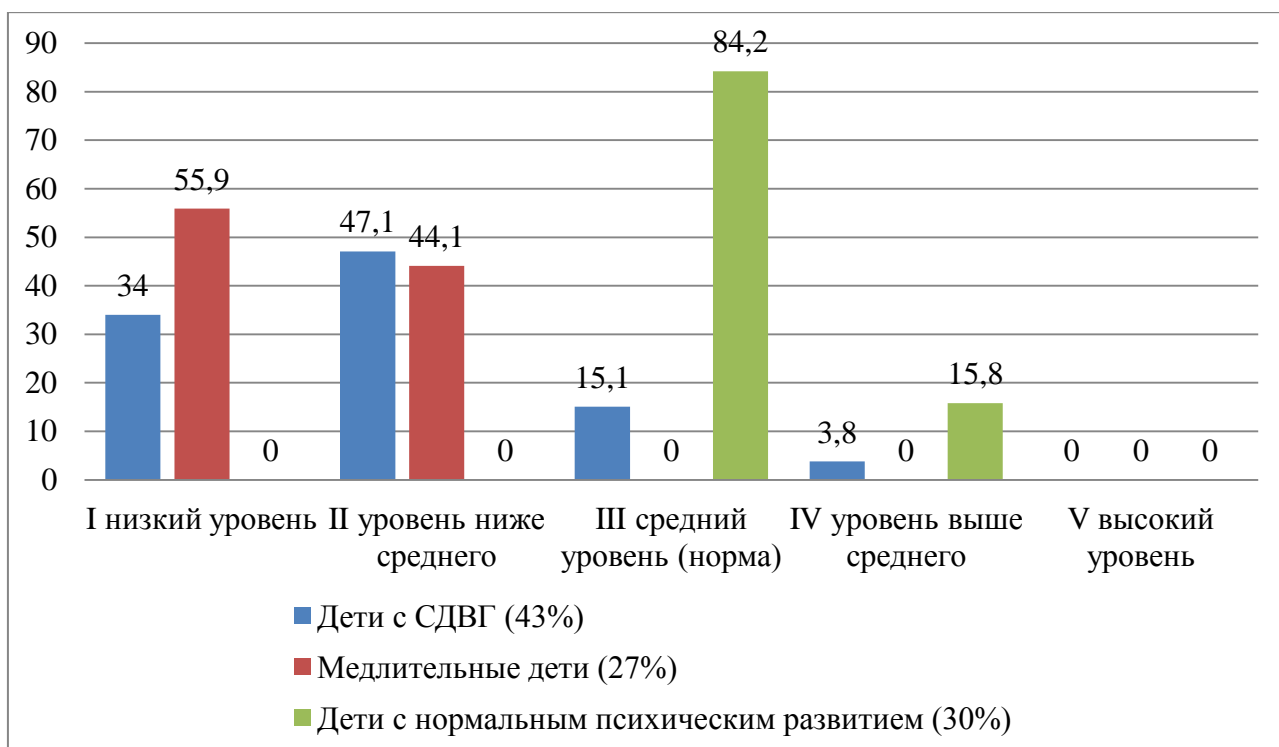


Рис. 2.2. Уровень развития концентрации внимания и скорости переработки информации у детей дошкольного возраста подготовительной к школе группы

Процентное соотношение уровней развития концентрации внимания и скорости переработки информации у детей с СДВГ приведены в сводных таблицах 2.3 и 2.4.

Таблица 2.3.

Процентное соотношение уровней развития концентрации внимания у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности

Уровень концентрации внимания	Количество испытуемых, %				
	Типы СДВГ				
	Реактивный (7,2%)	Астеничный (4,8%)	Активный (6,4%)	Ригидный (3,2%)	Субнормальный (20,8%)
I низкий уровень	88,8	50	50	75	19,2
II уровень ниже среднего	11,2	16,7	12,5	-	19,2
III средний уровень (норма)	-	33,3	37,5	25	61,6
IV уровень выше среднего					
V высокий уровень	-	-	-	-	-

Таблица 2.4.

Процентное соотношение уровней скорости переработки информации у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности

Уровень скорости переработки информации	Количество испытуемых, %				
	Типы СДВГ				
	Реактивный (СДВГ) (7,2%)	Астеничный (4,8%)	Активный (6,4%)	Ригидный (3,2%)	Субнормальный (20,8%)
I низкий уровень	55,5	66,7	25	50	19,2
II уровень ниже среднего	44,5	33,3	25	50	57,7
III средний уровень (норма)		-	37,5	-	19,2
IV уровень выше среднего	-	-	12,5	-	3,9
V высокий уровень	-		-	-	-

Выявлено различие между уровнями развития концентрации внимания и скорости переработки информации у детей СДВГ, которые представлены на рисунках 2.3 и 2.4

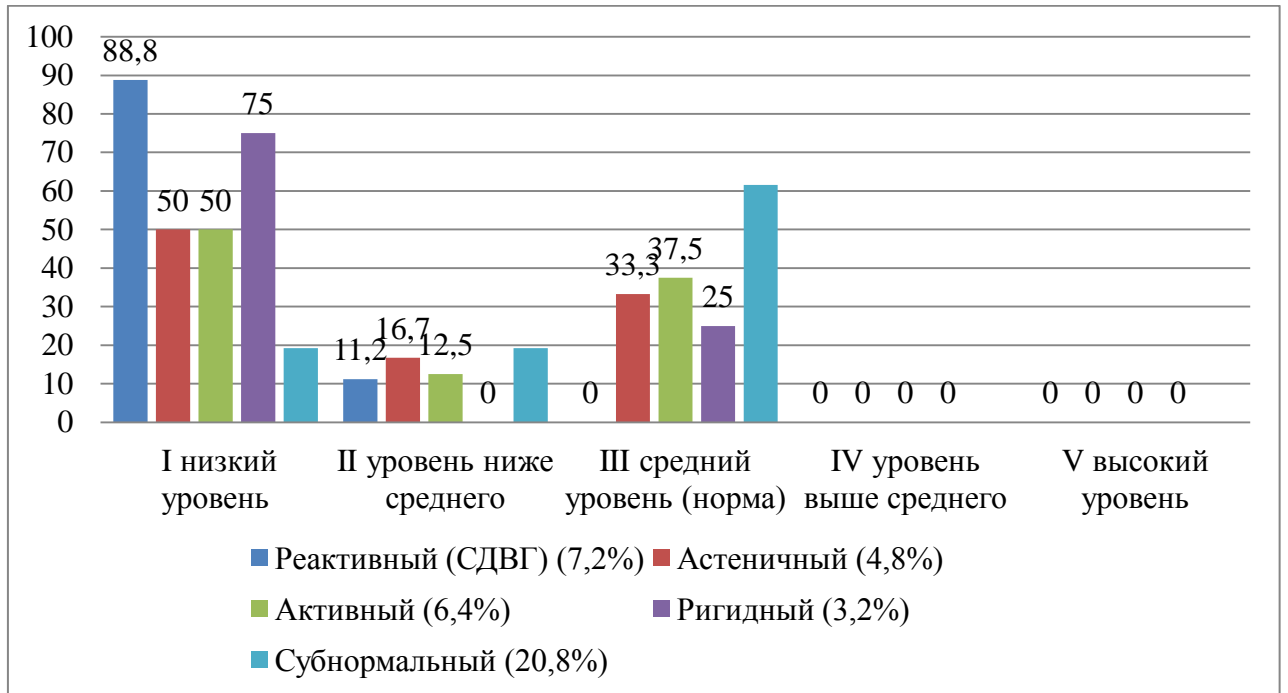


Рис. 2.3. Уровень развития концентрации внимания у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности

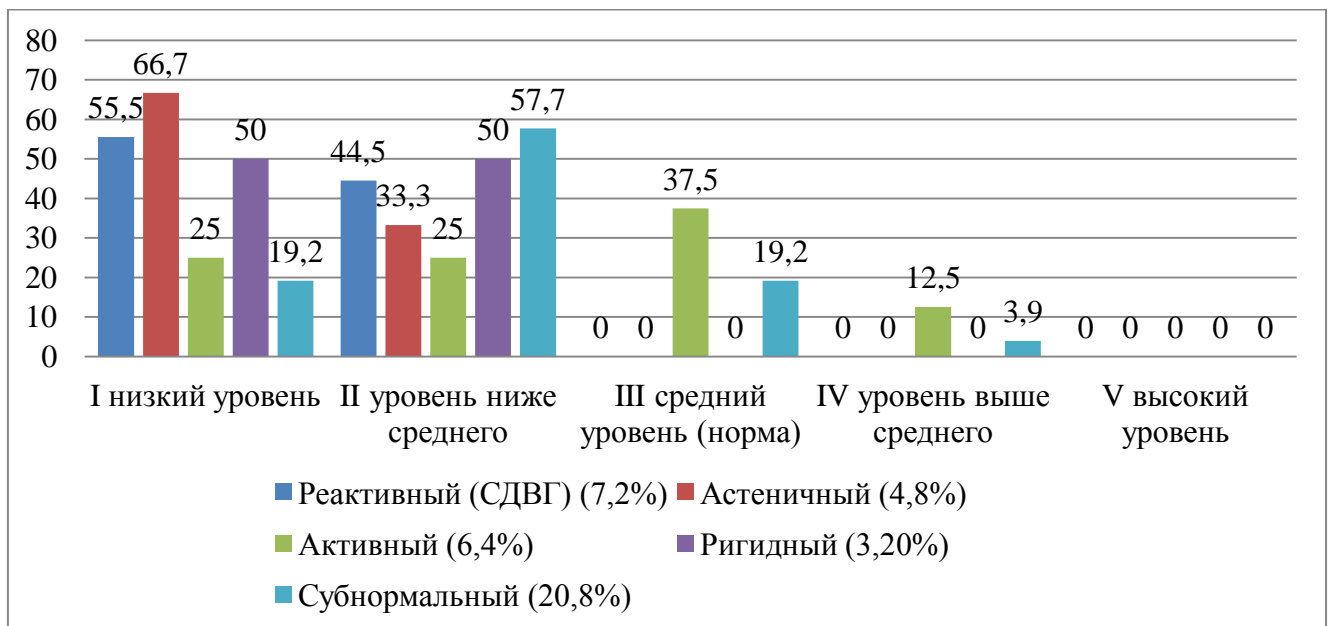


Рис. 2.4. Уровень развития скорости переработки информации у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности

Психологические особенности детей с СДВГ подходят под описанные нами формы ММД в параграфе 1.2, в связи с этим мы разделили детей на такие группы. Частота встречаемости СДВГ среди детей дошкольного возраста в подготовительной к школе группы составляет 7,2% что не противоречит данным некоторых исследований.

Нами использовался сравнительный метод исследования, предполагающий, сопоставление результатов точности и скорости выполнения теста у детей с СДВГ, медлительными детьми и детьми с нормальным уровнем психического развития.

Полученные данные исследования подтверждают, что дети с СДВГ характеризуются специфическими психологическими особенностями развития по сравнению с детьми. Дети с СДВГ имеют низкий уровень развития внимания. Особенности переработки информации у детей с СДВГ значительно отличаются от особенностей данного показателя детей с нормальным уровнем психического развития.

2) Исследование основных и сопутствующих психологических симптомов детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивность осуществлялось по методике Н.Н. Заваденко «Анкета для родителей детей с СДВГ, другими формами ММД».

Для оценки распределения результатов исследования была определена средняя балльная оценка по группам симптомов по отдельным шкалам (табл. 2.5).

Таблица 2.5.

Сравнительный анализ средних балльных оценок по шкалам (средние величины) в группе детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности, медлительных детей и детей с нормальным психическим развитием

№	Название шкал	Формы СДВГ				Медлительные дети	Дети с норм. псих. разв.
		Астеничный	Актив - ный	Ригид - ный	Суб - нормальный		
Основные симптомы							
1	Нарушения двигательного контроля	4,33	4,5	2,25	3,96	3,32	2,97
2	Нарушения внимания	5,17	5,5	3,5	4,96	3,71	3,18
3	Нарушения поведения	3,83	5,75	2,75	3,38	2,85	2,94
Сопутствующие симптомы							
4	Церебрастенические симптомы	3,67	4	2	3,85	3,15	2,86
5	Психосоматические нарушения	3,17	1,75	2,25	1,96	1,76	1,71
6	Тревожность, страхи	3,5	3	3	2,31	1,94	2,05
7	Нарушения устной речи	2,83	1	2,5	2,42	1,53	1,71
8	Эмоционально-волевые нарушения	2,83	3,75	2,25	2,88	3,35	3,23
9	Агрессивность	2,33	3	3	2,69	1,71	1,63
10	Трудности школьного обучения						
11	Нарушения чтения и письма	-	-	-	-	-	-

Нами был проведен сравнительный анализ основных и сопутствующих симптомов у детей с СДВГ, медлительных детей и с нормальным психическим развитием.

Дети с СДВГ и медлительные дети. Между детьми с СДВГ и медлительными детьми выявлены статистически значимые различия по

нарушению двигательного контроля (6,20; достоверно для уровня значимости $p > 0,05$), нарушению устной речи ($t = 2,89$; достоверно для уровня значимости $p > 0,05$), нарушению внимания ($t = 3,63$; достоверно для уровня значимости $p > 0,05$), нарушению поведения ($t = 2,38$; достоверно для уровня значимости $p > 0,05$).

Не выявлено статистически значимых различий по другим основным и сопутствующим симптомам у детей с СДВГ и медлительных детей.

Дети с СДВГ и дети с нормальным психическим развитием. Между детьми с СДВГ и детьми с нормальным психическим развитием выявлены статистически значимые различия по нарушению двигательного контроля ($t = 6,56$; достоверно для уровня значимости $p > 0,05$), нарушению устной речи ($t = 2,53$; достоверно для уровня значимости $p > 0,05$), нарушению внимания ($t = 4,16$; достоверно для уровня значимости $p > 0,05$) и нарушению поведения ($t = 2,31$; достоверно для уровня значимости $p > 0,05$).

По другим основным и сопутствующим симптомам у детей с СДВГ и детей с нормальным психическим развитием не выявлено статистически значимых различий.

3) Исследование уровня готовности к обучению в школе детей с СДВГ по методике Н.В. Нижегородцевой «Комплексная диагностика готовности детей к обучению в школе» (КДГ). Учебно-важные качества представлены в таблице 2.6.

Таблица 2.6

Учебно-важные качества

М	ОШ	ОД	ОС	ПЗ	ВН	ГН	УО	ЗА	ВП	СК	ПРД	ОБ
Мотивы учения	Отношение к школе	Отношение к детям	Отношение к себе	Принятие задачи	Вводные навыки	Графический навык	Уровень обобщений	Зрительный анализ	Вербальная память	Мелкая моторика	Произвольная регуляция деятельности	Обучаемость
I блок. Личностно-мотивационный				II блок. Принятие учебной задачи	III блок. Представление о содержании деятельности и способах ее выполнения		IV блок. Информационный			V блок. Управление деятельностью		

Результаты исследования.

1. В процессе исследования уровня готовности к обучению в школе (ГОШ) был определен общий уровень готовности к обучению в школе в группах детей с СДВГ, медлительных детей и детей с нормальным психическим развитием. Выявлено значительное различие между уровнями готовности к обучению в школе по индивидуальному индексу готовности (ИИГ) детей данных групп (табл. 2.7).

Таблица 2.7

Различия между уровнями готовности к обучению в школе по индивидуальному индексу готовности (ИИГ) у детей данных групп

Уровни ГОШ	Анализ выборки, %		
	СДВГ n=9	Медлительные n=34	Норма n=38
Высокий		0,8	2,4
Выше среднего		4	5,6
Средний		17,6	22,4
Ниже среднего		4	
Низкий	7,2	0,8	

Процентное соотношение уровней готовности к обучению в школе представлено на рисунке 2.5.

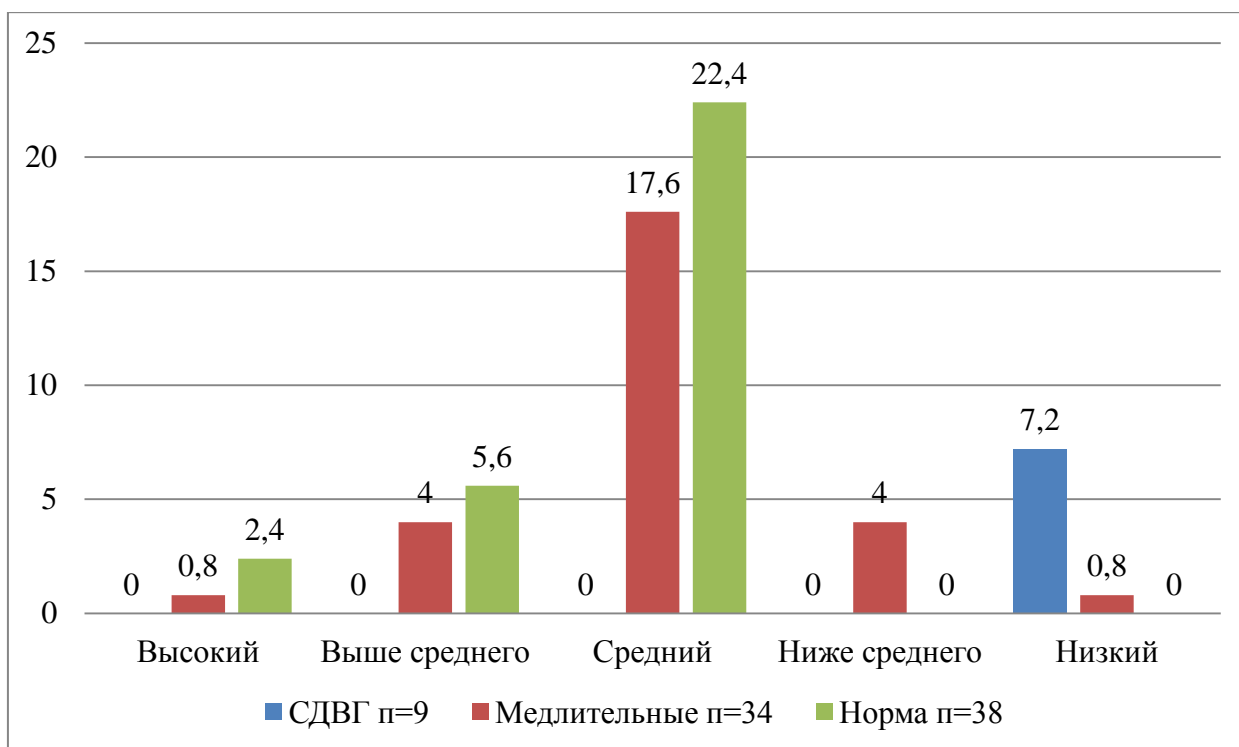


Рис. 2.5. Процентное соотношение уровней готовности к обучению в школе в группах детей с СДВГ, медлительных детей и детей с нормальным психическим развитием

Уровень развития готовности к школьному обучению детей с СДВГ ниже уровня готовности к обучению медлительных детей и детей с нормальным психологическим развитием. Готовность к обучению в школе детей с СДВГ имеет низкий уровень, обусловленный низким уровнем развития УВК, входящих в психологическую структуру ГОШ (рис.2.6.).

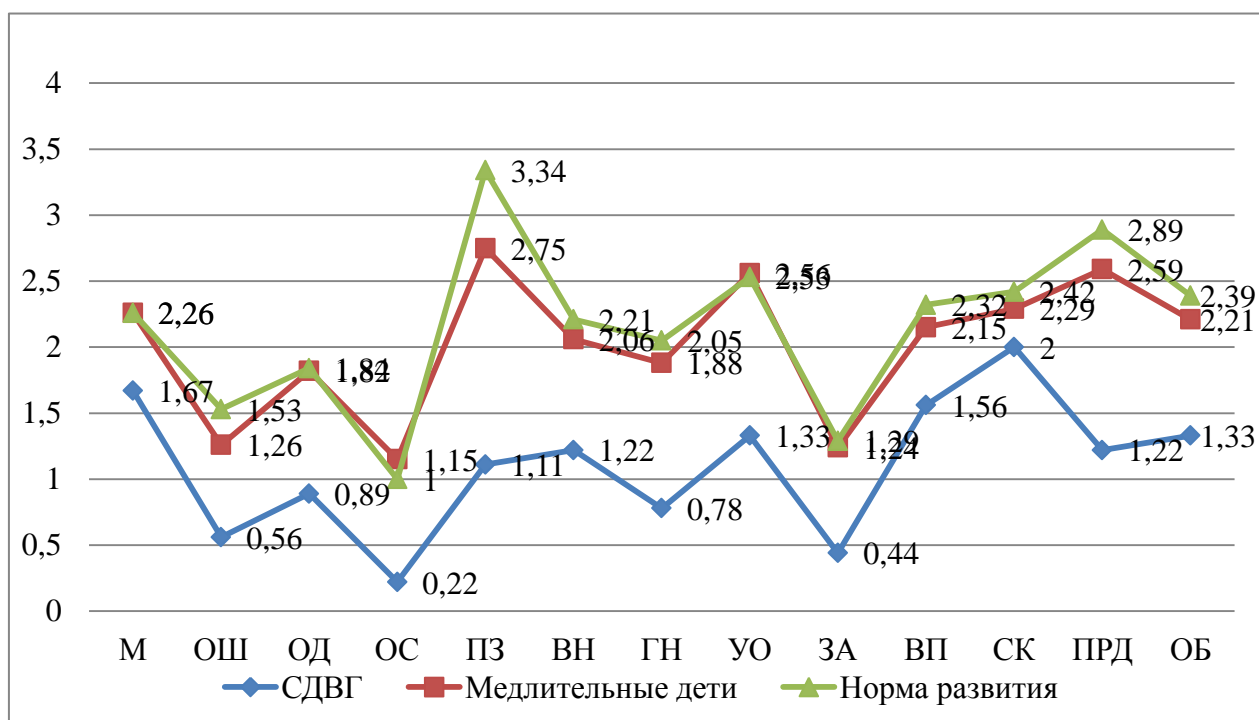


Рис 2.6. Сравнение профилей готовности к обучению в школе детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью, медлительных детей и детей с нормальным психическим развитием.

Анализ уровня развития УВК выявил значительное различие в степени сформированности УВК в группах детей (табл. 2.8).

Таблица 2.8

Анализ уровня развития учебно-важных качеств в группах детей

Уровень развития УВК	Анализ выборки		
	СДВГ п=9	Медлительные п=34	Норма п=38
Высокий			
Выше среднего		ПЗ, УО, ПРД	ПЗ, УО, ПРД, ОБ
Средний	М, СК	М, ОД, ВН, ГН, ВП, СК, ОБ	М, ОШ, ОД, ВН, ГН, ВП, СК
Ниже среднего	ОД, ПЗ, ВН, ГН, УО, ВП, ПРД, ОБ	ОШ, ОС, ЗА	ОС, ЗА
Низкий	ОШ, ОС, ЗА		

Данные, приведенные в таблице 2.8 означают, что уровень развития учебно-важных качеств у детей с СДВГ ниже уровня развития УВК

медлительных детей и детей с нормальным психическим развитием. Дети с СДВГ имеют низкий уровень развития таких УВК как отношение к школе (ОШ), отношение к себе (ОС) и зрительный анализ (ЗА). Мотивы обучения (М) и синкинезии (СК) у детей с СДВГ характеризуются средними показателями. Следовательно, можно сделать вывод, что СДВГ – вариант индивидуального развития в пределах нормы, характеризующийся наличием мотивации учения. Другие УВК у детей с СДВГ имеют уровень развития ниже среднего.

Таким образом можно сказать, что результаты исследования подтверждают общую гипотезу о том, что дети с СДВГ имеют индивидуальные особенности психического развития, которые обуславливают низкий уровень готовности к обучению в школе.

Уровень развития готовности к школьному обучению детей с СДВГ ниже уровня готовности к обучению медлительных детей и детей с нормальным психическим развитием. Готовность к обучению в школе детей с СДВГ имеет низкий уровень, обусловленный низким уровнем развития УВК, входящих в психологическую структуру ГОШ. Уровень развития учебно-важных качеств у детей с СДВГ ниже уровня развития УВК медлительных детей и детей с нормальным психическим развитием.

Структура и уровень готовности к обучению в школе детей с СДВГ обусловлены недостаточным развитием следующих учебно-важных качеств: отношения к школе (ОШ), отношение к детям (ОД), отношения к себе (ОС), принятия задачи (ПЗ), вводных навыков (ВН), графического навыка (ГН), зрительного анализа (ЗА), произвольной регуляции деятельности (ПРД), обучаемости (ОБ). Мотивы учения (М) и синкинезии (СК) у детей с СДВГ характеризуются средними показателями. Данные УВК имеют средний уровень у детей с нормальным психическим развитием.

Компонентный и структурно-функциональный анализ психологической структуры ГОШ детей с СДВГ показал, что успешность обучения детей этой группы зависит от степени сформированности

лично-мотивационного блока, а также таких учебно-важных качеств как «вводные навыки», «вербальная память», «произвольная регуляция деятельности» и «принятие задачи».

2.2.Обоснование основных направлений работы по коррекционно-педагогическому сопровождению дошкольников с синдромом дефицита внимания и гиперактивности на этапе подготовки к школе

Результаты исследования, описанные в параграфе 2.1. позволяют нам утверждать, что дети дошкольного возраста подготовительной к школе группы, имеющие СДВГ, находятся на низком уровне готовности обучения в школе. В связи с этим возникает необходимость разработки коррекционно-педагогического сопровождения изучаемой категории детей. Среди направлений работы можно выделить следующие аспекты: физическая реабилитация, обучение навыкам саморегуляции, развитие коммуникативных навыков, коррекция негативных эмоций, развитие дефицитных функций в системе синдрома.

Анализ современных подходов к организации психокоррекционного процесса с участием детей с СДВГ позволяет сделать вывод о необходимости включения различных форм и методов, поэтому наиболее приемлемыми будут методы арт-терапии.

Арт-терапия является междисциплинарным подходом, соединяющим в себе различные области знания – психологию, медицину, педагогику, этнографию и т.д. Её основой выступает творческая деятельность (визуальная, пластическая, аудиальная экспрессия).

В широком смысле арт-терапия – это исцеление посредством творчества: использование уже готовых произведений искусства (картин, музыки) и самостоятельного творчества. Методы арт-терапии с успехом могут применяться для профилактики и коррекции эмоциональных и поведенческих расстройств, школьной адаптации.

Разработанная нами коррекционно-развивающая программа с элементами арт-терапии по формированию готовности к обучению в школе детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности состоит из двух взаимодополняющих блоков:

1 блок – система коррекционно-развивающих занятий, направленная на формирование следующих учебно-важных качеств: вводные навыки (ВН), произвольная регуляция деятельности (ПРД), принятие задачи (ПЗ), вербальная память (ВП), зрительный анализ (ЗА) и коррекцию основных симптомов;

2 блок – система арт-терапевтических занятий, направленная на развитие УВК личностно-мотивационного блока: отношение к школе (ОШ), отношение к детям (ОД), отношение к себе (ОС), преодоление сопутствующих нарушений, и способствующая уменьшению возбуждения, двигательной разрядке, снятию мышечных зажимов.

Цель программы: повышение уровня развития УВК и готовности к обучению в школе и содействие всестороннему формированию и развитию личности ребенка с синдромом дефицита внимания и гиперактивности.

Задачи:

1. Создание условий для формирования и развития у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности учебно-важных качеств, необходимых для обучения в начальной школе.

2. Способствовать формированию психологической готовности детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности к обучению в школе:

— формирование представлений о целях деятельности, принятия задачи (ПЗ), вводных навыков (ВН), произвольной регуляции деятельности (ПРД);

— развитие познавательных процессов (вербальной памяти (ВП), зрительного анализа (ЗА)).

3. Способствовать формированию и развитию личностной готовности детей с СДВГ к обучению в школе:

- развитие учебно-важного качества «отношение к школе»;
- развитие учебно-важного качества «отношение к детям»;
- воспитание потребности в общении;
- развитие у детей навыков общения со сверстниками, педагогами, родителями;
- формирование учебно-важного качества «отношение к себе» (ОС);
- развитие адекватной оценочной деятельности, направленной на анализ собственного поведения и деятельности;
- помощь в осознании своего реального «Я», повышение самооценки;
- помощь ребенку в самораскрытии, самореализации, самопринятии.

4. Исправление (коррекция) неразвитых, искаженных психических проявлений личности детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности.

5. Способствовать исправлению основных психических функций у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности:

- преодоление нарушений двигательного контроля;
- преодоление нарушений поведения, негативистской демонстративности;
- преодоление нарушений психических функций (внимания, памяти, речи).
- преодоление нарушений в психоэмоциональной сфере: импульсивности, повышенной агрессивности, эмоциональной депривации.

Организация групп должна осуществляться на базе дошкольного общеобразовательного учреждения. Комплектация групп может проводиться по основному диагнозу: синдром дефицита внимания и гиперактивности, либо в соответствии с результатами психодиагностического исследования,

которые указывают на наличие данного нарушения. Психокоррекционная группа должна быть однородной. Количество участников группы: 3-10 человек.

Занятия должны проводиться в течение четырех месяцев два раза в неделю. Психокоррекционные занятия чередуются с арт-терапевтическими. Продолжительность занятий в среднем составляет 20 - 30 минут. Задания предполагают возможность замены, дополнения со стороны педагога, а также участие детей в придумывании новых игр и упражнений.

Психокоррекционное занятие должно состоять из трех частей:

1) первая часть занятия, это вводная (развитие коммуникативных навыков детей, коррекция взаимоотношений детей, формирование позитивных черт характера);

2) вторая часть занятия, это основная (развитие познавательной сферы детей, коррекция основных психических функций);

3) третья часть занятия, это заключительная (снятие психомышечного напряжения и вхождение в состояние расслабленности, релаксация, прощание).

Арт-терапевтическое занятие должно состоять из пяти этапов:

1) первая часть занятия, это настрой («разогрев») (подготовка детей к художественной деятельности и внутригрупповому общению);

2) вторая часть занятия, это индивидуальная изобразительная работа (разработка темы);

3) третья часть занятия, это этап вербализации (активизация вербальной и невербальной коммуникации, развитие речи);

4) четвертая часть занятия, это коллективная работа (развитие навыков социального взаимодействия, гармонизация эмоционального состояния, театрализация);

5) пятая часть занятия, это заключительный этап. Рефлексивный анализ (формирование самоуважения, самопринятия).

Этапы психокоррекционного и арт-терапевтического занятий названы условно. Их количество может варьироваться в зависимости от цели, темы, темпа работы участников.

Для оценки результативности «Коррекционно-развивающей программы с элементами арт-терапии по формированию школьной готовности с детьми, имеющими синдромом дефицита внимания и гиперактивность» используются следующие критерии:

- уровень развития у детей каждого учебно-важного качества, входящего в психологическую структуру готовности к обучению в школе;
- уровень стартовой готовности к обучению в школе;
- наличие основных и сопутствующих симптомов.

Таким образом, можно сделать вывод, что в основе арттерапии лежит творческая деятельность, неограниченные возможности ребенка для самореализации и самовыражения, что помогает ему адаптироваться в реальной жизни. Через рисунок, игру, сказку арттерапия дает выход социально неприемлемым негативным эмоциям и чувствам, поскольку ребенок может выпустить пар, снять напряжение в процессе работы.

Для гиперактивного ребенка, привыкшего к порицаниям и низкому уровню академической успешности, творческая деятельность может стать одним из способов раскрытия его сильных сторон, видов деятельности, в которых он может реализовать свой потенциал, что в конечном итоге способствует повышению его самооценки и статуса в группе или в классе.

Использование арт-терапии в занятиях с детьми с СДВГ будет способствовать тому, что дети будут контролировать свои психические и поведенческие особенности.

ВЫВОДЫ ПО ВТОРОЙ ГЛАВЕ:

Проведенное нами исследование показало, что дети с СДВГ имеют специфические психологические особенности развития по сравнению с детьми, имеющими другие индивидуальные особенности развития. Синдром

дефицита внимания и гиперактивности имеет специфичные особенности развития внимания и скорости переработки информации, отличающие его от других форм ммд.

Дети с СДВГ имеют низкий уровень готовности к обучению в школе, обусловленный спецификой их развития. Уровень развития готовности к обучению в школе детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности ниже уровня ГОШ детей, имеющих другие особенности индивидуального развития.

Психологические особенности готовности к обучению в школе детей с СДВГ характеризуются низкими показателями сформированное следующих учебно-важных качеств: отношения к школе (ОШ), отношение к детям (ОД), отношения к себе (ОС), принятия задачи (ПЗ), вводных навыков (ВН), графического навыка (ГН), зрительного анализа (ЗА), произвольной регуляции деятельности (ПРД), обучаемости (ОБ).

Успешность обучения детей с СДВГ зависит от степени сформированное личностно-мотивационного блока, а также таких учебно-важных качеств как «вводные навыки», «вербальная память», «произвольная регуляция деятельности» и «принятие задачи»

Применение арт-терапии в коррекционной работе с детьми с СДВГ обеспечивает эффективное эмоциональное отреагирование, облегчает процесс коммуникации, дает возможность невербального контакта (опосредованного продуктом арттерапии), создает благоприятные условия для развития произвольности и способности к саморегуляции, повышает уверенность в себе.

Арт-терапию можно определить, как один из наиболее эффективных методов коррекционно-развивающей работы с детьми с СДВГ, направленный на коррекцию сопутствующих нарушений в психологическом развитии и способствующий развитию физиологической, эмоциональной и познавательной сфер детей.

Программа психолого-педагогического обеспечения формирования готовности к обучению в школе детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью состоит из двух взаимодополняющих блоков:

1 блок – система коррекционно-развивающих занятий, направленная на формирование следующих учебно-важных качеств: вводные навыки (ВН), произвольная регуляция деятельности (ПРД), принятие задачи (ПЗ), вербальная память (ВП) и коррекцию основных симптомов;

2 блок – система арт-терапевтических занятий, направленная на развитие УВК личностно-мотивационного блока: отношение к школе (ОШ), отношение к детям (ОД), отношение к себе (ОС), преодоление сопутствующих нарушений, и способствующая уменьшению возбуждения, двигательной разрядке, снятию мышечных зажимов.

Специально организованное обучение и развитие детей с СДВГ с использованием арт-терапевтических методов позволяет существенно повысить уровень развития УВК и готовности к обучению в школе.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Исследования современных специалистов в области психологии свидетельствуют о том, что растет число детей с «отклоняющимся развитием». Причиной этому являются социальная нестабильность, острый кризис семьи, отсутствие в ряде случаев нормальных гигиенических, экономических, экологических условий для будущих матерей и детей разных возрастных групп.

Такие дети не могут адаптироваться к условиям школы и школьному обучению. Так, по свидетельству специальных психолого-педагогических исследований примерно треть 6-7 летним дошкольников недостаточно готова к школе. Наиболее распространенной причиной школьной дезадаптации является СДВГ.

СДВГ характеризуется несвойственными для нормальных возрастных показателей избыточной двигательной активностью, дефектами концентрации внимания, отвлекаемостью, импульсивностью поведения, проблемами во взаимоотношениях с окружающими и трудностями в обучении. На наш взгляд, проблема готовности к школьному обучению может быть во многом разрешена при условии ранней диагностики и своевременной коррекционной помощи данной категории детей.

Но есть и определенные трудности в проведении диагностики и построении системы коррекционно-развивающего обучения и воспитания детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью, вызванные отсутствием единых представлений о природе и проявлениях синдрома дефицита внимания и гиперактивности среди специалистов разного профиля.

Результаты, полученные в проведенном исследовании, во-первых, позволяют определить научную позицию по отношению к исследованию детей с СДВГ; во-вторых, показывают возможность использования комплексной диагностики по выявлению детей с СДВГ и определению их

готовности к обучению в школе; в-третьих, выявляют психологические особенности готовности к школьному обучению детей данной категории, степень сформированности учебно-важных качеств, определяющих психологическую готовность к обучению; в-четвертых, полученные данные позволяют определить основные направления в психокоррекционной работе с детьми с СДВГ и показывают возможности использования арт-терапии для работы с детьми с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью.

Уровень готовности к обучению в школе детей с СДВГ обусловлены недостаточным развитием следующих учебно-важных качеств: отношения к школе (ОШ), отношение к детям (ОД), отношения к себе (ОС), принятия задачи (ПЗ), вводных навыков (ВН), графического навыка (ГН), зрительного анализа (ЗА), произвольной регуляции деятельности (ПРД), обучаемости (ОБ).

В связи с выявленными особенностями обосновано использование арт-терапии как метода коррекционно-развивающей работы с детьми с СДВГ. Разработана коррекционно-развивающая программа с элементами арттерапии по формированию школьной готовности детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности.

Установлено, что применение «Коррекционно-развивающей программы с элементами арт-терапии по формированию школьной готовности детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности» является эффективным для развития следующих учебно-важных качеств, входящих в структуру психологической готовности детей данной категории: отношение к себе (ОС), принятие задачи (ПЗ), вводных навыков (ВН), зрительного анализа (ЗА), произвольной регуляции деятельности (ПРД).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абрамова, Г.С. Возрастная психология [Текст]: учебно-методическое пособие для студентов психологического образования / Г.С. Абрамова. – М.: Академический Проект, 2007.-701 с.
2. Артпедагогика и арт-терапия в специальном образовании [Текст]: учебник для студентов средних и высших педагогических учебных заведений / Под ред. Е.А. Медведевой, И.Ю. Левченко, Л.Н. Комисаровой, Т.А. Добровольской. – М.: Академия, 2001. - 248 с.
3. Бадалян, Л.О. Минимальная мозговая дисфункция у детей (неврологический аспект) [Текст] / Л.О. Бадалян, Л.Т. Журба, Е.М. Мастюкова // Неврология новорожденных: монография / А.Ю. Ратнер. –М.: Бином. – 2008. – С. 1441 - 1446.
4. Бадалян, Л.О. Невропатология [Текст]: учебник для студентов высших учебных заведений / Л.О. Бадалян. – М.: Академия, 2012. – 400 с.
5. Барабанщиков, В.А. Системный подход в структуре психологического познания [Текст] / В.А. Барабанщиков // Методология и история психологии. – 2007. - № 2. – С. 86 – 99.
6. Белоусова, Е.Д. Синдром дефицита внимания и гиперактивности [Текст] / Е.Д. Белоусова, М.Ю. Никанорова // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2000. -№ 3. - С. 39 - 42.
7. Брызгунов, И.П. Непоседливый ребёнок или все о гиперактивных детях [Текст]: пособие по воспитанию детей / И.П. Брызгунова, Е.В. Касатикова. — М.: Издательство института Психотерапии, 2002. – 96 с.
8. Бурлачук, Л.Ф. Словарь-справочник по психодиагностике [Текст]: методическая литература / Л.Ф. Бурлачук, С.М. Морозов. - СПб.: Питер, 2004. - 520 с.
9. Введение в психодиагностику [Текст]: учебное пособие / Под ред. К.М. Гуревича, Е.М. Борисовой. - М.: АКАДЕМИА, 2000. - 192 с.

10. Винокуров, Л.Н. Основы педагогической диагностики и профилактики нервно-психических нарушений у детей и подростков [Электронный ресурс] / Л.Н. Винокуров // Электронный каталог библиотеки ФГБОУ ВО МГППУ. Дата посещения: 15.12.2017. Режим доступа: <http://lib.mgppu.ru/opacunicode/index.php?url=/notices/index/IdNotice:18383/Source:default>

11. Власова, Т.А. Учителю о детях с отклонениями в развитии [Электронный ресурс] / Т.А. Власова, М.С. Певзнер // Электронная педагогическая библиотека. Дата обращения: 02.11.2017. Режим доступа: http://pedlib.ru/Books/6/0192/6_0192-1.shtml

12. Вьюнова, В.И. Психологическая готовность ребенка к обучению в школе [Текст]: учебно-методическое пособие / В.И. Вьюнова, К.М. Гайдар, Л.В. Темнова. - М.: Академический Проект, 2005. -256 с.

13. Гаврилушкина, О.П. Психологические аспекты специального образования и новых коррекционных программ и технологий [Текст] / О.П. Гаврилушкин, Л.А. Головниц, И.А. Егорова // Психологическая наука и образование. - 2001. - № 1. - С. 79 - 88.

14. Григоренко, Е.Л. Генетические факторы, влияющие на развитие девиантных форм детского поведения [Текст] / Е.Л. Григоренко // Дефектология. - 2002. - № 3. - С. 32 - 41.

15. Григорьева, Л.П. Психофизиология развития внимания у детей в норме и со сложными сенсорными нарушениями [Текст] / Л.П. Григорьева // Дефектология. - 2002. №1. - С. 3-14.

16. Заваденко, Н.Н. Гиперактивность у детей [Текст] / Н.Н. Заваденко // Материнство. - 2000. - №5.-С. 15-18.

17. Заваденко, Н.Н. Диагноз и дифференциальный диагноз СДВ с гиперактивностью у детей [Текст] / Н.Н. Заваденко // Школьный психолог. - 2000. - № 4. - С. 9-11.

18. Заваденко, Н.Н. Как понять ребенка: дети с гиперактивностью и дефицитом внимания [Текст]: методическое пособие / Н.Н. Заваденко. – М.: Школа-Пресс 1, 2001. - 128 с.
19. Заваденко, Н.Н. Факторы риска для формирования дефицита внимания и гиперактивности у детей [Текст] / Н.Н. Заваденко // Мир психологии. - 2002. - № 3. - С. 196-208.
20. Заваденко, Н.Н. Школьная дезадаптация: психоневрологическое и нейропсихологическое исследование [Текст] / Н.Н. Заваденко, Н. Манелис, Т.В. Успенская, Н.Г. Суворина, Т.П. Борисова // Вопросы психологии. - 2009. - № 4. - С. 2 -28.
21. Захаров, А.И. Классификация нервных нарушений у детей, их проявления и распространенность [Текст] / А.И. Захаров // Хрестоматия. Дети с нарушениями развития: учебное пособие для студентов и слушателей спецфакультетов / Сост. М.В. Астапов. – М.: Международная педагогическая академия, 2005. – С. 47 – 54.
22. Игумнов, С.А. Клиническая психотерапия детей и подростков [Текст]: справочное пособие / С.А. Игумнова. - Минск: БЕЛАРУСКАЯ НАУКА, 2008. - 189 с.
23. Ильин, Е.П. Психология воли [Текст]: мастера психологии / Е.П. Ильин. - СПб.: Питер, 2009. - 288 с.
24. Карпов, А.В. Психология принятия управленческих решений [Текст]: социально-психологические проблемы управления / Под ред. В.Д. Шадрикова. - М.: Юристъ, 2008. - 440 с.
25. Касатикова, Е.В. Исследование распространенности показателей внимания и факторов риска для развития синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у школьников [Текст] / Е.В. Касатикова, Н.П. Ларионов, И.П. Брызгунов // Педиатрия. - 2002. -№ 5. - С. 73 - 75.
26. Конева, О.Б. Психологическая готовность детей к школе [Текст]: учебное пособие / О.Б. Конева. - Челябинск: ЮурГУ, 2000. - 135 с.

27. Кошелева, А.Д. Гиперактивный ребенок [Текст] / А.Д. Кошелева, Л.С. Алексеева // Первое сентября. - 2002. - №7. - С. 7-9.
28. Крушельницкая, О.И. Такое обычное невнимание [Текст] / О.И. Крушельницкая, А.Н. Третьякова // Биология в школе. - 2009. - № 2. - С. 22-25.
29. Кучма, В.Р. Проявления синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей [Текст] / В.Р. Кучма, И.П. Брызгунова // Психологическое обследование детей дошкольного — младшего школьного возраста: тексты и методические материалы / Ред.-сост. Г.В. Бурменская. — М.: УМК «Психология», 2003. — С. 311—317.
30. Лебедева, Л.Д. Практика арт-терапии: подходы, диагностика, система занятий [Текст]: методическое пособие / Л.Д. Лебедева. - СПб.: Речь, 2003. - 256 с.
31. Лебединский, В.В. Клинико-нейропсихологический и нейрофизиологический анализ аномалий психического развития детей с явлениями «минимальной мозговой дисфункции» / В.В. Лебединский, И.Ф. Марковская, К.С. Лебединская, М.Н. Фишман, В.Д. Труш. – Москва // Хрестоматия по нейропсихологии: учебное пособие / ред. Е.Д. Хомская. – Москва : Российское психологическое общество, 2005. – С. 464-466.
32. Леонтьев, А.А. Язык, речь, речевая деятельность [Текст]: лингвистическое наследие / А.А. Леонтьев. – М.: Ленанд, 2014. – 224 с.
33. Лурия, А.Р. Основы нейропсихологии [Текст]: учебное пособие для студентов высших учебных заведений / А.Р. Лурия. – М.: Академия, 2012. — 384 с.
34. Минимальная мозговая дисфункция [Текст]: методические рекомендации. / Сост. О.П. Ковтун. Екатеринбург, 2003. - 34 с.
35. Моница, Г.Б. Гиперактивные дети. Психолого-педагогическая коррекция [Текст]: методическое пособие / Г.Б. Моница, Е.К. Лютова-Робертс, Л.С. Чутко. – СПб.: Речь, 2007. – 127 с.

36. Московкина, А.Г. Как помочь ребенку с нарушением внимания [Текст] / А.Г. Московкина, И.В. Анисимова // Дефектология, 2000. - № 1, - С. 61-65.
37. Мухина, В.С. Детская психология [Текст]: учебник для студентов педагогических институтов / В.С. Мухина. - М.: Просвещение, 2012. - 272 с.
38. Мэш, Э. Нарушения психики ребенка [Текст]: психологическая энциклопедия / Э. Мэш, Д. Вольф. - СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК», 2003. - 384 с.
39. Нижегородцева, Н.В. Психолого-педагогическая готовность ребенка к школе [Текст]: учебное пособие для студентов / Н.В. Нижегородцева, В.Д. Шадриков. - М.: Владос, 2002. - 256 с.
40. Нижегородцева, Н.В. Системогенетический анализ готовности к обучению [Текст]: диагностическое пособие / Н.В. Нижегородцева. - Ярославль: «Аверс Пресс», 2004. - 338 с.
41. Обухова, Л.Ф. Детская возрастная психология [Текст]: учебное пособие для студентов ВУЗов / Л.Ф. Обухова. - М.: Педагогическое общество России, 2000. - 443 с.
42. Осипова, А.А. Общая психокоррекция [Текст]: учебно-методическое пособие для студентов и педагогов / А.А. Осипова. - М.: Творческий Центр Сфера, 2005.-512 с.
43. Петрова, В.Г. Кто они, дети с отклонениями в развитии? [Текст]: книга для воспитателей / В.Г. Петрова, И.В. Белякова - М.: Флинта, 2002.-104 с.
44. Пугач, В.Н. Оптимизация обучения и развития детей с нарушениями внимания и поведения: педагогическая компенсация минимальных мозговых дисфункций [Текст] / В.Н. Пугач, Л.А. Ясюкова // Защита детства: социальные, правовые и медико-психоло-педагогические аспекты. Информационно- методическое издание / Под ред. О.В. Пишковой, А.Ф. Радевич. - Ижевск: ИГОО, 2001.-С. 74-87.

45. Родионов, В.А. Я и другие [Текст]: тренинг социальных навыков / В.А. Родионов, М.А. Ступницкая, О.В. Кардашина. - Ярославль: Академия развития, 2003. - 224 с.
46. Рубинштейн С.Л. Проблемы общей психологии [Текст]: мастера психологии / С.Л. Рубинштейн. – СПб.: Питер, 2012. – 416 с.
47. Самоукина, Н.В. Игры в школе и дома [Текст]: психотехнические упражнения, коррекционные программы / Н.В. Самоукина. - Ярославль: Академия Развития, 2004. - 206 с.
48. Семаго, Н.Я. Проблемные дети: основы диагностической и коррекционной работы психолога [Текст]: методическое пособие / Н.Я. Семаго, М.М. Семаго. – М.: АРКТИ, 2008. - 165 с.
49. Семенович, А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте [Текст]: учебное пособие для высших учебных заведений / А.В. Семенович. – М.: «Академия», 2008. — 232 с.
50. Сибгатуллина, И.А. О возможности использования детского рисунка в диагностике и оценке здоровья ребенка [Текст] / И.А. Сибгатуллина, Л.О. Салахова // Прикладная психология. – 2000. - № 3. - С. 56-65.
51. Сиротюк, А.Л. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью. - М.: Сфера, 2002.-167 с.
52. Специальная педагогика [Текст]: учебное пособие / под ред. Н.М. Назаровой. - М.: Академия, 2005. - 400 с.
53. Тамбиев, А.Э. Динамика основных свойств внимания у детей младшего школьного возраста с синдромом дефицита внимания [Текст]: методическое пособие / А.Э. Тамбиев, С.Д. Медведев, О.В. Литвиненко. - М., 2001. - 156 с.
54. Халецкая, О.В. Минимальная дисфункция мозга в детском возрасте [Текст] / О.В. Халецкая, В.М. Трошина // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2001. – №9. – С. 4-8.

55. Чутко, Л.С. Нейромультивит при синдроме нарушения внимания с гиперактивностью у детей [Текст] / Л.С. Чутко, Ю.Д. Кропотов, Е.А. Яковенко, Н.Ю. Королева // Неврология и психиатрия им. С.С. Корсакова, 2002. - №5. - С. 56-58.

56. Шевченко, Ю.С. Коррекция поведения детей с гиперактивностью и психопатоподобным синдромом [Текст]: практическое руководство для врачей и психологов / Ю.С. Шевченко. М.: Просвещение, 2007. – 245 с.

57. Ясюкова, Л.А. Методика определения готовности к школе. Прогноз и профилактика проблем обучения в начальной школе [Текст]: методическое руководство / Л.А. Ясюкова. - СПб.: ГП «Иматон», 2001. – 178с

ПРИЛОЖЕНИЕ