

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Тольяттинский государственный университет»

Гуманитарно-педагогический институт

(наименование института полностью)

Кафедра «Педагогика и психология»

(наименование)

37.03.01 Психология

(код и наименование направления подготовки)

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА (БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА)

на тему Гиперактивность детей младшего школьного возраста и её коррекция

Обучающийся

Е.В. Калюжная

(Инициалы Фамилия)

(личная подпись)

Руководитель

канд. пед. наук Л.Ф. Чекина

(ученая степень (при наличии), ученое звание (при наличии), Инициалы Фамилия)

Тольятти 2023

Аннотация

Бакалаврская работа посвящена актуальной проблеме гиперактивности детей младшего школьного возраста и ее коррекции.

Целью работы является теоретическое изучение и эмпирическое обоснование процессов коррекции гиперактивности детей младшего школьного возраста.

В ходе работы решаются задачи: проанализировать теоретические подходы к проблеме изучения гиперактивности у детей младшего школьного возраста; определить уровень развития интеллектуального развития младшего школьника с синдромом гиперактивности; разработать программу, направленную на снижение уровня гиперактивности у младшего школьника; проанализировать полученные результаты и сделать выводы.

В работе представлен теоретический обзор исследований по проблеме гиперактивности младших школьников и процесса ее коррекции; с помощью подобранных диагностических методик выявлен уровень интеллектуального развития и разработана программа коррекции гиперактивности у детей младшего школьного возраста.

В бакалаврской работе представлена актуальность исследования, научный аппарат, теоретические положения работы, экспериментальная часть, заключение, список используемых литературных источников (50) и 1 приложения.

Объём работы составил 55 страниц.

Оглавление

Введение.....	4
Глава 1 Теоретические аспекты изучения гиперактивности детей младшего школьного возраста и ее коррекция.....	8
1.1 Теоретический аспект гиперактивности: понятие, содержание.....	8
1.2 Особенности поведения младших школьников с синдромом двигательной гиперактивности.....	15
1.3 Коррекционная работа с детьми младшего школьного возраста с гиперактивностью.....	22
Глава 2 Эмпирическое исследование гиперактивности детей младшего школьного возраста и их коррекция.....	29
2.1 Организация и методики исследования.....	29
2.2 Анализ и интерпретация результатов исследования....	33
2.3 Разработка коррекционно-развивающей программы для детей с гиперактивным поведением.....	40
2.4 Контрольный этап исследования.....	42
Заключение.....	49
Список используемой литературы.....	52
Приложение А Анкета «Признаки гиперактивности и импульсивности».....	56

Введение

Актуальность исследования обусловлена тем фактом, что школа представляет собой определенную систему требований и правил, которые обуславливают функционирование и регламентацию жизни ребенка. При формировании у ребенка представлений о системе обучения в школе, нами определяется система взаимодействия с окружающей средой. Термин «синдром дефицита внимания» точно классифицирует это расстройство. Синдром дефицита внимания характеризуется импульсивными движениями, повышенной двигательной активностью, невнимательностью, не успешностью в учебной деятельности и частыми конфликтами с окружающими.

Значимость данного исследования заключается в высокой распространенности СДВГ среди детей младшего школьного возраста. Они с трудом адаптируются к социальным правилам и нормам из-за раздражительности, отсутствия дисциплины и повышенной активности. В негативных условиях подросткового возраста гиперактивные школьники могут стать девиантными. Существует необходимость диагностики ранних проявлений СДВГ у детей младшего школьного возраста, так как коррекция СДВГ эффективна на ранних стадиях. При разработке коррекционных мероприятий необходимо учитывать особенности личности ребенка, особенности семейного воспитания, причины и последствия развития СДВГ.

Исходя из несогласованности исследовательских работ и статистических данных, говоря об увеличении процента школьников с СДВГ и отсутствии программ по работе с детьми с СДВГ в современных школах, мы пришли к выводу, что проблема гиперактивности изучена недостаточно. Большинство исследователей интересуется вопросом о проявлениях и причинах синдрома дефицита внимания с гиперактивностью. Например, В.Д. Трошин, Ю.С. Шевченко, Л.А. Ясюкова

указывают, что этот дефицит связан с недоразвитием волевого внимания и преобладанием возбудительных черт над тормозными.

Большое количество исследований о гиперактивности являются важной сферой развития в клинических исследованиях. В данных исследованиях определяется психофизиологическая основа гиперактивного поведения, основанного на повреждениях и регуляции минимальной мозговой дисфункции. При определении связей между гиперактивностью и минимальной мозговой дисфункцией отмечается ее непостоянный характер, выявляются определенные причины и параллели, а также независимы друг от друга, а также происходит снижение определенных компонентов развития данных процессов (Н.Н. Заваденко, Ю.С. Шевченко, Г.Е. Сухарева, К.С. Лебединская, В.А. Гурьева). Данные исследователи, которые изучают особенности развития, и формирования гиперактивного поведения ориентируется на выявление дефицита определенных механизмов внимания и отсутствия недостаточностью определенного тормозного контроля. Данные расстройства классифицированы как «синдром дефицита внимания» (Н.Ю. Заваденко, Т.Ю. Успенская).

Некоторые исследователи определяли те или иные особенности развития гиперактивности в рамках разделения на несколько блоков, включающие особенности дефицита внимания, двигательного торможения (Е.К. Лютова, Г.Б. Моница). Данные исследователи определяют особенности существующих систем образования в рамках работы с детьми с дефицитом внимания (Е.Ю. Федоренко, Н.Ф. Логинова).

Исследованиями в области изучения особенностей гиперактивности детей младшего школьного возраста и ее коррекции занимались многие отечественные и зарубежные исследователи, среди которых необходимо выделить таких как Н.Н. Заваденко, В.Б. Шапарь, Г.Б. Моница, Е.М. Гаспарова, В.Р. Кучма, Е.Ю. Федоренко другие [9, 16, 19, 20, 24, 34, 38, 39, 42, 43, 45, 47, 50].

Нами был сформулирован понятийный аппарат, согласно которому.

Цель исследования: теоретически изучить и эмпирически обосновать особенности процесса коррекции гиперактивности детей младшего школьного возраста.

Объект исследования: гиперактивность у детей младшего школьного возраста.

Предмет исследования: особенности процесса коррекции гиперактивности детей младшего школьного возраста.

Гипотеза исследования: предполагается, что успешной коррекции гиперактивности младших школьников будет способствовать:

– специально разработанная программа упражнений и заданий, направленных на развитие внимания, двигательной активности и самоконтроля детей.

Теоретико-методологическая основа исследования включает: фундаментальные и современные теоретические обзоры по проблеме проявления гиперактивности детей младшего школьного возраста С.Ю. Бородулиной, И.П. Брызгунова, Е.М. Гаспаровой, А.В. Грибанова, Н.Н. Заваденко, В.П. Петрунec, А.Э. Тамбиева, в том числе и с позиции медико-психологического аспекта – в работах Е.С. Набойченко, А.М. Радаева, В.М. Трошина и О.В. Холецкой и других [10, 14, 32, 36, 41].

Задачи исследования:

- проанализировать теоретические подходы к проблеме изучения гиперактивности у детей младшего школьного возраста;
- определить уровень развития интеллектуального развития младшего школьника с синдромом гиперактивности;
- разработать программу, направленную на снижение уровня гиперактивности у младшего школьника;
- проанализировать полученные результаты и сделать выводы.

База исследования. «Средняя школа №264» г. Ташкента. В исследовании приняли участие 40 детей младшего школьного возраста (в каждой группе по 20 человек). У детей, принявших участие

в исследовании или диагностировано СДВГ, или есть подозрения на данный диагноз. В исследовании приняли участие 40 родителей детей данной категории.

Практическая значимость исследования заключается в том, что полученные в ходе исследования данные могут быть полезны специалистами и исследователям в рамках изучения процессов гиперактивности у детей младшего школьного возраста.

Теоретическая значимость исследования обусловлена тем фактом, что в работе были рассмотрены основные показатели гиперактивности и особенностей развития детей младшего школьного возраста, а также способы коррекции.

Структура работы: работа состоит из введения, двух глав (теоретической и экспериментальной), заключения, списка используемой литературы (в количестве 50 источников) и 1 приложения, 5 таблиц, 6 рисунков.

Глава 1 Теоретические аспекты изучения гиперактивности детей младшего школьного возраста и ее коррекции

1.1 Теоретический аспект гиперактивности: понятие, содержание

Термин «гиперактивность» остается неопределенным. Авторы Словаря по психологии относят к данному термину такие особенности как невнимательность, рассеянность, высокий уровень двигательной активности. Процессы оценки гиперактивности включает проблемы в рамках отношений с окружающими при взаимодействии с детьми, обладающими трудностями в обучении и самооценке. Определенный уровень интеллектуального развития включает определенные особенности гиперактивности в рамках превышения возрастных критериев [5, с.22].

Немецкий врач Г. Гофман впервые упомянул о детях с СДВГ в своем стихотворении «Негодяй Фил». Это произведение дало толчок ученым задуматься над этой проблемой [17, с. 8]. Французские ученые Ж. Филипп и П. Бонкур в своей работе «Психологические отклонения среди студентов» описали эпилептиков, психопатов и истериков, выделив неуравновешенных студентов [17, с. 32]. Ученые интересовались этим вопросом и изучали невротические отклонения в поведении и обучении, но долгое время не было научной концепции и объяснения этого состояния у детей.

Согласно классификациям Американской психиатрической ассоциации, происходит выделение трех критериев синдрома дефицита внимания в процессе оценки гиперактивности:

- высокий уровень двигательной активности;
- импульсивность;
- высокий уровень отвлекаемости и невнимательности.

Основными критериями гиперактивности такие исследователи как П. Бейкер и М. Алворд являются:

- формирование определенных трудностей в процессе удержания внимания в том или ином периоде времени;
- отсутствие внимания к собеседнику;
- не может в полной мере довести до конца выполняемое действие;
- не может правильно организовывать свою собственную работу;
- дети могут часто терять вещи;
- отсутствие утомительных задач;
- формирование забывчивости;
- высокий уровень двигательной активности;
- высокий уровень суетливости;
- проявление определенных признаков беспокойства;
- крайне мало спит;
- не разговорчив;
- импульсивность поведения;
- сложности в рамках ответа на вопросы [11, с.49].
- не может дослушать вопрос;
- сложности в рамках оценки собственной очереди в поведении;
- отсутствие фиксации на собственных мыслях;
- отсутствие возможности ждать вознаграждения;
- отсутствие регулирования и контроля за собственным поведением, которое контролируется правилами;
- поведение ориентировано на различную систему активации выполнения тех или иных заданий на основе формирования спокойствия собственной деятельности.

Понятие «гипердинамический синдром детского возраста» возникло в 1968 году, которые направлены на формирование Международной классификации болезней в рамках таких показателей «синдром нарушения внимания», «нарушение активности и внимания» и, наконец, «синдром нарушения внимания с гиперактивностью (СНВГ), или «синдром дефицита внимания с гиперактивностью» (СДВГ)» [3, с.78].

Л.В. Кузнецова отмечает: «в СССР применялся термин «задержка психического развития» (М.С. Певзнер), с 1975 года появлялись публикации с использованием терминов «парциальная мозговая дисфункция», «легкая дисфункция мозга» (Л.Т. Журба) и «гиперактивный ребенок» (Д.Н. Исаев), «нарушение развития», «неправильное созревание» (В.В. Ковалев), «синдром двигательной расторможенности», а позднее – «гипердинамический синдром» (А.Е. Личко, В.В. Ковалев). Большинство психологов использовали термин «двигательное нарушение восприятия» [22, с.33].

М.В. Матюхина в своих исследованиях употребили термин ММД (минимальная мозговая дисфункция) для: «обозначения состояний непрогрессирующего характера (когда отсутствуют усугубления первичного нарушения) с наличием легких, минимальных повреждений мозга на ранних этапах развития (до 3 лет) и проявляющихся в парциальных (неравномерно развивающихся) или общих нарушениях психической деятельности за исключением общего интеллектуального недоразвития. Авторы выявили наиболее характерные нарушения в виде своеобразной моторной недостаточности, нарушений речи, восприятия, поведения, специфических трудностей обучения» [27, с.33].

М.С. Мириманова отмечает: «определяющую роль в формировании современной концепции СДВГ сыграли работы канадской исследовательницы В. Дуглас в 1972 г. При уточнении ключевых характеристик СДВГ Дуглас в своих последующих работах наряду с такими типичными проявлениями этого синдрома, как дефицит внимания, импульсивность моторных и вербальных реакций и гиперактивность, отметила необходимость существенно большего, чем в норме, подкрепления для выработки поведенческих навыков у детей с СДВГ. Одной из первых она пришла к выводу о том, что СДВГ обуславливается общими нарушениями процессов самоконтроля и торможения на высшем уровне реакции психической деятельности, но отнюдь не элементарными расстройствами восприятия, внимания и двигательных реакций. Работы Дуглас и послужили

основанием для введения в 1980г. в классификации Американской психиатрической ассоциации и затем в классификации МКБ 10 (1994) диагностического термина «синдром дефицита внимания с гиперактивностью». Согласно самой современной теории, дисфункция лобных структур может быть обусловлена нарушениями на уровне нейромедиаторных систем» [29, с.23].

Родственными понятиями являются «гиперкинетические расстройства» по МКБ-10 (международная классификация болезней) и «гиперкинетические реакции в детском возрасте» по DSM-IV (Diagnostikand Statistikal Manual of Mental Disorders; Amerikan Psichiatrik Association) [30, с.12].

«Так называемый синдром дефицита внимания (СДВ) весьма часто отмечается у гиперактивных детей; в этих случаях говорят о наличии у ребенка СДВГ. Основной признак синдрома – это неспособность ребенка сосредоточиться; другие признаки – гиперактивность, импульсивность, отвлекаемость – бывают выражены в разной степени» [15, с.55].

Е.К. Лютова отмечает: «несмотря на то, что этой проблемой занимаются многие специалисты (педагоги, психологи, дефектологи, логопеды, психиатры), среди родителей и учителей все еще бытует мнение, что гиперактивность – это просто поведенческая проблема, иногда просто результат «распушенности» ребенка или неправильного воспитания» [22, с.49].

Н.П. Локалова отмечает: «как отмечают многие авторы, группа детей с СДВГ и синдромом дефицита внимания очень неоднородна, что ставит вопрос о выборе коррекционных мер и, кроме того, приводит к противоречивым результатам в экспериментальных исследованиях. Следует отметить, что в практической психологии мало работ, посвященных изучению гиперактивных детей. Те немногие исследования, которые были проведены, касаются только индивидуальных особенностей детей с таким типом поведения.

В исследованиях, направленных на изучение темперамента В. Петроника, В. Тарана, встречается характеристика робкого темперамента, которая близка к характеристикам изученного нами гиперактивного типа поведения: ребенок подвижен, непоседлив и легко вступает в контакт с незнакомыми людьми, но если обмен не интересен» [21, с.58]. Он сразу охлаждает свое внимание и становится рассеянным. Он суетлив и тревожен, хватается за многие занятия, но, если его интерес к ним ослабевает, он быстро отвлекается и меняет игру. Он легко возбудим, и часто конфликтует, но не мстителен [5, с.88].

В публикации Е. Гаспаровой, дается аналогичная характеристика детей, которых автор называет «лгунами». Кажущийся «желающим» ребенок – это беспокойный, возбужденный, активный ребенок с СДВГ, который с трудом привыкает к порядку и с трудом переносит «любую деятельность, ограничивающую его активность. Этот ребенок не может выполнить задание, результат которого не очевиден сразу. Таким детям трудно поддерживать образ цели. Цель меняется несколько раз в течение деятельности. Дети не способны удерживать в памяти определенную последовательность действий, поскольку у них нет внутренней структуры, и поэтому страдают от случайных отвлекающих факторов» [11, с. 58].

По мнению А.Д. Столяренко: «в основе СДВГ лежат микробиологические поражения головного мозга, вызванные осложнениями беременности и родов, изнурительными физическими заболеваниями в раннем детстве (тяжелая диарея, несварение желудка), физическими и психологическими травмами. Хотя этот синдром известен как гипердинамический, то есть синдром повышенной двигательной активности, его основным структурным дефектом является дефицит внимания. Этиология и патогенез синдрома дефицита внимания еще не до конца изучены. Однако большинство экспертов склонны, признавать взаимодействие многих факторов, включая:

- органическое повреждение мозга (черепно-мозговая травма, неврологическая инфекция и так далее);
- пренатальная патология (осложнения беременности у матери, асфиксия у новорожденного);
- генетические факторы (есть доказательства того, что синдром дефицита внимания может передаваться по наследству);
- нейрофизиология и нейроанатомия (дисфункция при активации системы ЦНС);
- пищевые факторы (высокое содержание углеводов в пище приводит к ухудшению работы внимания);
- социальные факторы (последовательность и систематичность воспитательных воздействий и так далее)» [6, с.88].

Этот синдром является одним из наиболее распространенных проявлений мозжечковой дисфункции. Он проявляется в виде невнимательности и повышенной активности у детей [30, с. 30]. Ученые до сих пор не знают точной причины возникновения этого синдрома. Существует множество гипотез на эту тему. Некоторые ученые считают, что в случае с СДВГ он является результатом травмы, полученной при рождении. Другие считают, что имеет место биохимический дисбаланс в центральной нервной системе. Некоторые исследователи считают, что синдром вызван нарушением кровоснабжения мозга. По тем или иным причинам мозг новорожденного повреждается, в результате чего некоторые клетки мозга не могут функционировать. Нервная система детей с синдромом испытывает двойной стресс [30], поскольку происходят возрастные процессы развития и восстановление поврежденных нервных клеток. Когда возникают стрессовые ситуации, неврологическое состояние детей с СДВГ ухудшается и проявляется в нарушениях поведения. Нервная система не в состоянии справиться с возросшим стрессом.

Исследование предметов ребенком с СДВГ недолговечно: ребенок выбрасывает игрушку, не успев ее исследовать. Он тут же берет «другую».

Внимание ребенка легко привлечь, но трудно удержать. Моторные навыки у детей с СДВГ развиваются очень быстро, иногда раньше, чем в их возрасте. Дети с СДВГ рано начинают держать голову, переворачиваться, сидеть, ползать и ходить. Дети с СДВГ могут иметь различные языковые трудности. Они могут говорить позже своих сверстников или несвоевременно, но не произносить некоторые звуки. В возрасте 2-4 лет у детей с синдромом может развиться нарушение моторики – неуклюжесть. Дети часто теряют вещи, забывают их, случайно толкают или опрокидывают предметы, неохотно выполняют тяжелую, напряженную работу [13, 26, 28, 35, 40, 46, 48].

Истинно СДВГ у детей – это врожденное патологическое состояние. Это расстройство нервной системы. Возбуждение сильнее, чем торможение. Ретикулярная формация – это область коры головного мозга. Она отвечает за накопление энергии, движение и эмоции. Она влияет на функционирование коры головного мозга и других органов тела. У людей с расстройствами ретикулярная формация периодически перевозбуждается, что приводит к нарушениям в организме. Факторы, способствующие развитию СДВГ, классифицируются следующим образом: перинатальное воздействие, раннее постнатальное воздействие и воздействие в начале жизни. Характерные проявления генетических факторов могут проследиваться на протяжении нескольких поколений в одной семье и чаще встречаются у родственников мужского пола. Биологические факторы и влияния играют существенно иную роль в раннем детстве, прежде чем возрастает роль психосоциальных факторов, особенно отношений в семье. Многие дети с симптомами неспособности к обучению рождаются при трудных родах, и эти симптомы часто встречаются у недоношенных детей. Одной из наиболее распространенных причин дефицита обучения и поведения является отсутствие своевременной диагностики родовой травмы шейного отдела позвоночника, что приводит к развитию

проприоцептивных пороков развития головного мозга или синдромов дефицитарности.

Таким образом, анализ литературных источников показал, что гиперактивность представляет собой специфический тип развития личности ребенка, что формирует необходимость проявления высокого уровня активности. Основными факторами являются такие, как пренатальные, генетические, нейрофизиологические, пищевые и другие. Гиперактивность имеет определенные врожденные особенности, которые формируются на основе определенных представлений о показателях поведенческого типа развития.

1.2 Особенности поведения младших школьников с синдромом двигательной гиперактивности

Дети с синдромом двигательной активности обладают специфическими характеристиками развития поведения и интеллекта. Полную и развернутую картину интеллектуального развития от рождения до взрослости представил Ж. Пиаже. Автор выделил следующие стадии интеллектуального развития

- стадия сенсомоторного развития (момент рождения до 2 лет);
- стадия конкретных операций (с 2-х лет до 11-12 лет);
- стадия формальных операций (с 12-13 лет до 18 лет).

Характеристики интеллектуального развития на каждой стадии.

Эгоцентризм и синкретизм ребенка, его проявления во взрослой жизни [4, с.78].

Психологи обнаружили у гиперактивных детей следующие признаки:

- беспокойное движение рук и ног. Сидят в креслах, корчась и извиваясь.

П. Массен отмечает: «неспособность сидеть спокойно, когда вас просят об этом. Легко отвлекается на несущественные раздражители.

– Испытывает трудности с ожиданием своей очереди в игре и в различных ситуациях в группах (в классе, в поездках и на праздниках).

– Часто отвечает на вопросы, не подумав, и не слушает внимательно. Испытывает трудности с выполнением предложенных заданий (не связанные с негативным поведением или отсутствием понимания).

– С трудом удерживает внимание при выполнении заданий или во время игр. Часто переходит от одного незавершенного дела к другому.

– Невозможность играть тихо и спокойно.

– Часто беспокоит и досаждаёт другим (например, мешает играть другим детям).

– Часто создается впечатление, что ребенок не слушает, что ему говорят.

– Часто теряет вещи, необходимые в детском саду, школе, дома или на улице.

– Иногда действует опасно, не задумываясь о последствиях, но не ищет намеренно приключений или острых ощущений (например, выбегает на улицу, не глядя по сторонам)» [3, с.15].

Исследования показали, что этот синдром встречается примерно у 20% детей школьного возраста, причем мальчиков в четыре раза больше, чем девочек. Для таких детей характерны частая суетливость, невнимательность, импульсивность и «неконтролируемое» поведение. Школьная «бессонница» этих детей создает массу проблем для других людей, родителей, воспитателей и сверстников. Эти проблемы усугубляются, когда ребенок поступает в школу, и могут остаться с такими детьми почти на всю их школьную жизнь.

С каждым годом эти проблемы становятся все более серьезными. Воспитатели и учителя жалуются, что ребенок постоянно ерзает. Измученные родители замечают, помимо прочего, что он быстрее изнашивает свою одежду и обувь («на нем все горит»), мешает всем, свистит, беспрестанно болтает, задирает своих братьев и друзей и импульсивно

трогает руками любого, кто проходит рядом. Однако школьные психологи не всегда могут сразу определить, действительно ли двигательная активность беспокойного ребенка выше, чем у обычного ребенка, или она просто имеет другую природу [3, с.55].

Однако было замечено, что три четверти детей с СДВГ неуклюжи и неповоротливы (дискинетики). В.С. Мухина отмечает: «они постоянно переворачивают или опрокидывают предметы и очень медленно выполняют задачи, требующие ловкости и эффективности. Многие из них с трудом учатся ездить на велосипеде и очень плохо выступают на играх с мячом. Детские тела, кажется, не «вписываются» в это пространство, хватая предметы и ударяясь о перегородки и дверные проемы. Хотя у этих детей часто живое выражение лица, быстрая речь и подвижные глаза, они часто не в форме: они замирают, «выключаются», «выходят» из деятельности и всей ситуации, то есть «покидают» ее, а затем, через некоторое время, снова «возвращаются» к ней» [25, с. 44].

Как мы уже показали, проблемы детей с СДВГ похожи на проблемы «трудных детей», которые испытывают трудности в организации своего поведения и деятельности и имеют проблемы во взаимодействии со сверстниками и окружающими их взрослыми. Эта характеристика является показателем развития произвольности, которая в российской детской психологии считается центральной в развитии личности ребенка.

Согласно концепции Л.С. Выготского: «личность состоит из единства поведения, характеризующегося «мастерством», поэтому развитие личности – это развитие способности владеть своим поведением и психическими процессами» [6, с.78].

Д.Б. Эльконин подчеркивает, что: «идентификация со взрослыми – это паттерн, который позволяет детям регулировать свои действия в соответствии с правилами и нормами, принятыми у взрослых. Характерной особенностью ранней саморегуляции является то, что правило ребенка не является полностью независимым от его носителя, взрослого,

и не изолировано от общего контекста взаимодействия ребенка со взрослым» [49, с. 55]. Таким образом, когда взрослые «подключаются» к деятельности ребенка, определенные правила действия, социально установленные нормы взаимоотношений с другими людьми выполняются ребенком. Однако роль взрослого остается чрезвычайно важной. Д.Б. Эльконин в своем исследовании развития системы отношений «ребенок-взрослый» приходит к выводу, что поведение взрослого становится опосредованным в поведении ребенка-школьника. Эти новые отношения между ребенком и взрослым, в которых образ взрослого направляет действия и поведение ребенка, являются основой для всех новых преобразований в личности ребенка [49, с. 55].

Дети с СДВГ гиперактивны. Усиление двигательного торможения носит хаотичный и бесцельный характер, что может привести к травмам у детей. Отличительной чертой СДВГ у детей является импульсивное поведение. Детям трудно регулировать собственное поведение. Они не принимают во внимание опасности, которые могут им навредить. У детей с СДВГ нарушена координация, наблюдается повышенная активность и хаотичные лишние движения. Также наблюдаются нарушения, связанные с эмоционально-волевой сферой. Они не склонны к целенаправленному агрессивному поведению.

Помимо нарушений внимания, импульсивности и проблем с саморегуляцией, у детей с СДВГ может быть агрессивное поведение, склонность к перепадам настроения и раздражительности. Могут наблюдаться пассивность, повышенная утомляемость и головные боли. Может возникнуть ночное и дневное недержание мочи [11, 31]. В дальнейшем, по мере роста ребенка, некоторые расстройства и проблемы компенсируются или регрессируют. Однако в большинстве случаев некоторые проявления СДВГ сохраняются во взрослом возрасте. К таким проявлениям относятся импульсивность, невнимательность, нетерпеливость,

забывчивость, раздражительность, торопливость и быстрая смена настроения.

«Импульсивность проявляется в том, что дети часто действуют, не подумав, перебивают других, могут встать и выйти из класса без разрешения. Кроме того, такие дети не способны регулировать свое поведение и следовать правилам, ждать, часто повышают голос и эмоционально неустойчивы (часто отмечаются перепады настроения). В возрасте 6-7 лет дети с СДВГ не готовы к школе на фоне задержки созревания коры и подкорки головного мозга. Системный школьный стресс может привести к разрушению компенсаторных механизмов центральной нервной системы и развитию дезадаптивных школьных синдромов, усугубляемых трудностями в обучении» [37, с. 39].

Т.Е. Чернокова отмечает: «характерной чертой психической деятельности детей с СДВГ является цикличность. Это означает, что дети могут продуктивно работать в течение 5-15 минут, а затем мозг отдыхает в течение 3-7 минут, чтобы накопить энергию для следующего цикла. В это время ребенок отвлекается и не реагирует на учителя. Затем умственная деятельность возобновляется, и ребенок снова занимается в течение 5-15 минут» [44, с. 71].

О.В. Хухлаева отмечает: «можно предположить, что экологическое неблагополучие, которое сейчас переживают все страны, вносит определенный вклад в рост количества нервно-психических заболеваний, в том числе и СДВГ. Например, диоксины – сверхъядовитые вещества, возникающие при производстве, обработке и сжигании хлорированных углеводородов. Они часто применяются в промышленности и домашнем хозяйстве и могут приводить к канцерогенному и психотропному действиям, а также к тяжелым врожденным аномалиям у детей. Загрязнение окружающей среды солями тяжелых металлов, таких, как молибден, кадмий, ведет к расстройству центральной нервной системы. Соединения цинка и хрома играют роль канцерогенов» [42, с. 98].

Увеличение содержания свинца – сильнейшего нейротоксина – в окружающей среде может быть причиной появления поведенческих нарушений у детей.

Известно, что содержание свинца в атмосфере в настоящее время в 2000 раз выше, чем до времени начала индустриальной революции.

В.Р. Кучма пишет: «всевозможные добавки, пищевые красители, консерванты при употреблении их в большом количестве, считаются возможной причиной гиперактивности. Эта гипотеза была популярна в середине 70-х гг. Сообщения доктора В.Ф. Feingolda (1975) о том, то у 35-50% гиперактивных детей наблюдалось значительное улучшение поведения после исключения из их диеты продуктов, содержащих пищевые добавки, вызвали большой интерес. Но эти данные последующими исследованиями не подтвердились. О таких причинах нарушения» [23, с. 15].

Исследования, проведенные И.П. Брызгуновым, Е.В. Касатиковой [6, с. 11] показали, что две трети детей, характеризующихся как: «гиперактивные это дети из семей высокого социального риска. К ним относятся семьи: с неблагоприятным экономическим положением (один или оба родителя безработные, неудовлетворительные материально-бытовые условия); с неблагоприятной демографической ситуацией (неполные и многодетные семьи, отсутствие обоих родителей); семьи с высоким уровнем психологической напряженности (постоянные ссоры и конфликты между родителями, трудности во взаимоотношениях между родителями и детьми, жесткое обращение с ребенком) семьи, ведущие асоциальный образ жизни (родители страдают алкоголизмом, наркоманией, психическими заболеваниями, ведут аморальный образ жизни)» [8, с. 35].

По мнению А.Д. Кошелевой: «можно дополнить картину взаимоотношений гиперактивного ребенка с близкими еще некоторыми особенностями. Так, обследований детей показывает, что во многих семьях гиперактивные дети находятся под неослабным контролем матери, но именно поэтому у них плохо развиваются чувства независимости

и самостоятельности. Матери, контролируя, дают больше указаний, но менее ласковы к детям, мало поощряют и хвалят» [21].

Т.Е. Чернокова отмечает: «результатом же этого становится чаще всего неумеренное ужесточение режима воспитания, иногда жалость, апатия от ощущения безысходности или, наоборот, чувство вины за неправильное воспитание. Создается ситуация, когда в процессе воспитания ребенок получает значительно больше негативных, чем позитивных, воздействий. Его часто наказывают, начинают сомневаться в его способностях, постоянно указывают на ошибки, и иногда начинают считать неполноценными» [44, с. 71].

Ребенок с синдромом не способен освоить свою роль и не может понять, как он должен себя вести. Такие дети ведут себя фамильярно, не учитывают конкретные обстоятельства, не могут приспособиться и принять правила поведения в конкретной ситуации [12, с.33].

По мнению У.В. Ульенкова, Л.О. Бадалян: «повышенная возбудимость является причиной затруднений в приобретении обычных социальных навыков. Дети плохо засыпают даже при соблюдении режима, едят медленно, всё роняя и разливая, в результате чего процесс принятия пищи становится источником ежедневных конфликтов в семье» [5, с.21].

Поведение таких детей отличается недостаточностью самоконтроля. Стремление к самостоятельным действиям («Я так хочу») оказывается более сильным мотивом, чем любые правила. Знание правил не выступает значимым мотивом собственных действий. Правило остается известным, но субъективно не значащим. Так пишут Т.Д. Зинкевич-Евстегнеева, В.В. Зеньковский [11, с. 14].

«Существует множество факторов, которые влияют на возникновение и развитие синдрома дефицита внимания с гиперактивностью. Основными из них являются: генетические причины, нейробиологические, пре- и перинатальные повреждающие факторы, психосоциальные факторы (неблагоприятная семейная обстановка; низкий уровень материальной

обеспеченности семьи; низкий уровень образования у родителей и так далее), экологические факторы. Этиология СДВГ имеет комбинированный характер, так как для установления причин нарушений, всегда следует учитывать действие нескольких факторов, влияющих друг на друга» [18, с. 45].

Таким образом, анализ литературных источников показал, что для детей с гиперактивностью характерными являются специфические особенности развития физического и психического развития. Мы видим, что дети проявляют сложные элементы взаимодействия в рамках межличностных отношений и повышения уровня тревожности в процессе взаимодействия. Основными поведенческими характеристиками развития личности современного ребенка с СДВГ являются высокий уровень импульсивности и непредсказуемости действий. Данные проявления могут быть направлены на сверстников, родителей и иных окружающих людей.

1.3 Коррекционная работа с детьми младшего школьного возраста с гиперактивностью

Гиперактивность – это состояние, при котором человек более активен, чем обычно. СДВГ проявляется в виде дефицита внимания, двигательного торможения и неконтролируемого поведения. Существует множество возможных причин развития синдрома дефицита внимания с гиперактивностью. Многие авторы считают, что причина гиперактивности у детей кроется в окружающей среде и плохом питании [1, 2]. Существует также мнение, что причина синдрома гиперактивности – генетическая. Существует также позиция, согласно которой источник поведения детей с гиперактивностью следует искать в отношениях внутри семьи. Это далеко не весь перечень причин гиперактивного поведения у детей. Эти причины разнообразны и иногда даже противоречивы. Но какими бы ни были эти причины, главная из них другая, и гиперактивные дети нуждаются в помощи [3].

Детям с гиперактивностью трудно взаимодействовать с другими людьми как внутри, так и вне дома. Однако это особенно трудно, когда ребенок поступает в школу. С этой точки зрения требования к ребенку значительно возрастают. Он должен адаптироваться к классу, что требует подчинения определенным условиям. Основная проблема заключается в том, что дети с гиперактивностью не успешны в своих попытках соблюдать правила [4]. Для детей с гиперактивностью характерны постоянные проблемы с учебой. Некоторые дети направляются в коррекционные классы. Хотя уровень их интеллекта достаточен для поступления в обычную начальную школу, их успеваемость ниже «ожидаемой» [5]. Основная проблема заключается в том, что, хотя многие специалисты занимаются СДВГ, среди родителей и учителей все еще бытует мнение, что гиперактивность – это просто поведенческая проблема, иногда просто «распущенность» ребенка. Ситуация усугубляется некомпетентностью родителей и учителей [6].

С. Шевченко: «предложил многоуровневую комплексную программу лечения и коррекции для детей и подростков с СДВГ[15]:

- первый уровень – метаболический – предполагает фармакологическое лечение; выбор препарата определяется структурой поведенческого симптомокомплекса;
- второй уровень – нейропсихологический – предполагает нейропсихологическую диагностику и комплексную психомоторную коррекцию онтологических блоков, организации деятельности мозга ребенка;
- третий уровень – синдромы – состоят из сложной структуры, которая позволяет изолированно воздействовать на отдельные элементы синдрома;
- четвертый уровень – поведенческий – включает в себя различные формы поведенческой терапии, соответствующие когнитивной,

суггестивной и другим видам психотерапии. Его цель – выработать и отработать желаемое поведение;

– пятый уровень – индивидуальный – предполагает использование различных индивидуальных и групповых психотерапий, направленных на разрешение внешних и внутренних психологических конфликтов, личностный рост, эффективное взаимодействие со взрослыми и сверстниками» [33, с. 88].

Чтобы предотвратить развитие значительных коморбидных поведенческих расстройств у детей и подростков с СДВГ, лечение следует начинать в дошкольном или младшем школьном возрасте.

Е.К. Лютова и Г.Б. Моница используют: «три основных направления в своей работе с психологической коррекцией детей с СДВГ:

- развитие дефицитных функций (внимание, контроль поведения, моторный контроль);
- обучение конкретным навыкам взаимодействия со взрослыми и сверстниками;
- при необходимости – работа с гневом» [7, с. 55].

Анализ существующих способов организации процесса психологической коррекции детей с СДВГ приводит к выводу о необходимости включения различных форм и методов.

И.П. Брызгунов предлагает: «пошаговую модель оказания психологической помощи детям с СДВГ, состоящую из следующих этапов [1, с. 56]:

- каждый день родители ставят перед ребенком конкретную цель, которую он должен достичь. Формулировка цели должна быть четкой и лаконичной;
- родителям следует заранее продумать стимулы, чтобы побудить ребенка работать над достижением цели. Стимулы могут быть моральными или материальными;

- в конце дня родители вместе с ребенком должны проанализировать его поведение, чтобы оценить, в какой степени цель была достигнута;
- родители систематически фиксируют изменения в поведении и личности ребенка, описывают их в конкретных проявлениях и сообщают о достижениях ребенка врачу или психологу;
- если ребенок достиг значительных изменений, он обязательно должен получить вознаграждение, обещанное родителями» [5, с. 23].

Эта модель призвана помочь родителям и учителям систематизировать и рационализировать жизнь ребенка, что будет способствовать позитивным изменениям в его личности и поведении. Универсальная система работы может включать следующие аспекты: физическую реабилитацию, обучение саморегуляции, развитие коммуникативных навыков, коррекцию негативных эмоций и развитие дефицитарного функционирования синдромальной системы.

С. Чутко выделяет: «психологические и социальные факторы, влияющие на развитие СДВГ: неподготовленность родителей к семейной жизни, напряженные и часто конфликтные отношения в семье, предрассудки и нетерпимость к ребенку. Низкий материальный уровень, стесненные условия жизни, злоупотребление алкоголем членами семьи и применение телесных наказаний также являются факторами, способствующими негативным последствиям» [25, с. 56].

«В настоящее время существует значительный арсенал подходов к психо-коррекционной работе с детьми с СДВГ: музыкотерапия, арт-терапия, сказкотерапия, дыхательные упражнения, аутогенная тренировка, глубокая мышечная релаксация, медитация-визуализация и другие. Однако эффективность психо-коррекционной работы зависит, прежде всего, от того, насколько систематично и рационально она используется.

К инновационным техникам психо-коррекционной работы с детьми с СДВГ относится песочная терапия, которая получает все большее признание среди практикующих специалистов. Это необычная техника,

в которой ребенок строит свой собственный миниатюрный мир с помощью песка и маленьких фигурок. Он с удовольствием использует миниатюрные модели людей, животных, деревьев, зданий, машин, мостов и так далее. Во время игры ребенок может смешивать песок с водой, чтобы сформировать холмы и горы и создать болотные ландшафты. При этом ребенок выражает в песке то, что спонтанно возникает в его сознании. Другими словами, ребенку на час предоставляется неизвестный мир, в котором он может создать свой личный мир.

Песочная терапия помогает ребенку выразить свои чувства, распознать происхождение и особенности своих переживаний и, следовательно, делает его более уверенным в себе. Конечно, когда человек способен найти объяснение своим чувствам, он успокаивается. Чувство паники сменяется чувством уверенности и спокойствия» [12, с. 56].

«Психологическая работа с детьми с синдромом дефицита внимания и гиперактивности проводится на базе психологического центра «Феникс» в Шаити. По нашим наблюдениям, более 70% клиентов психологического центра – это дети младшего школьного возраста, которым неврологи поставили диагноз СДВГ. В большинстве случаев родители не связывают психологические проблемы своего ребенка с диагнозом и не понимают характер психологического воздействия расстройства на ребенка. Родители жалуются на импульсивность, нетерпеливость и раздражительность, проявляемые их ребенком. Дети отказываются выполнять некоторые требования, плохо справляются с домашними заданиями, не хотят ходить в школу и имеют значительные конфликты в отношениях, как с родителями, так и со сверстниками» [11, с. 56].

Таким образом, анализ литературных источников показал, что гиперактивность представляет собой важное универсальное явление в рамках оценки комплексного типа взаимодействия, включающего лечение и коррекцию, психологического, медицинского и педагогического подхода. Данное нарушение ориентировано на включение значительного числа детей

в рамках тех или иных социальных групп, включающие представление о группах населения с низким уровнем дохода. Синдром дефицита внимания в основном, встречается в рамках оценки высокого уровня плотности населения. Сюда могут быть включены механизмы, ориентированные на определенные аспекты повреждения мозга и психосоциальных факторов, которые ориентированы на определенную роль возникновения гиперактивности, но также могут быть задействованы несколько взаимодействующих факторов.

Таким образом, явление гиперактивности и нарушения внимания исследовалось еще с начала двадцатого века. Данное явление изучали как зарубежные, так и отечественные исследователи, но единого, однозначного мнения в этом вопросе так и не сложилось, что значительно осложняет диагностику и коррекцию СДВГ. Однако обобщая результаты исследований можно выделить три основных блока проявления СДВГ: гиперактивность, нарушения внимания, импульсивность.

Существует множество факторов, которые влияют на возникновение и развитие синдрома дефицита внимания с гиперактивностью. Основными из них являются: генетические причины, нейробиологические, пре- и перинатальные повреждающие факторы, психосоциальные факторы (неблагоприятная семейная обстановка; низкий уровень материальной обеспеченности семьи; низкий уровень образования у родителей и так далее), экологические факторы. Этиология СДВГ имеет комбинированный характер, так как для установления причин нарушений, всегда следует учитывать действие нескольких факторов, влияющих друг на друга.

Анализ литературных источников показал, что гиперактивность представляет собой специфический тип развития личности ребенка, что формирует необходимость проявления высокого уровня активности. Основными факторами являются такие, как пренатальные, генетические, нейрофизиологические, пищевые и так далее.

Для детей с гиперактивностью характерными являются специфические особенности развития физического и психического развития. Мы видим, что дети проявляют сложные элементы взаимодействия в рамках межличностных отношений и повышения уровня тревожности в процессе взаимодействия.

Гиперактивность представляет собой важное универсальное явление в рамках оценки комплексного типа взаимодействия, включающего лечение и коррекцию, психологического, медицинского и педагогического подхода. Данное нарушение ориентировано на включение значительного числа детей в рамках тех или иных социальных групп, включающие представление о группах населения с низким уровнем дохода. Синдром дефицита внимания в основном, встречается в рамках оценки высокого уровня плотности населения. Сюда могут быть включены механизмы, ориентированные на определенные аспекты повреждения мозга и психосоциальных факторов, которые ориентированы на определенную роль возникновения гиперактивности, но также могут быть задействованы несколько взаимодействующих факторов.

Глава 2 Эмпирическое исследование гиперактивности детей младшего школьного возраста и их коррекции

2.1 Организация и методики исследования

С целью диагностики гиперактивности у детей младшего школьного возраста было организовано практическое исследование на базе МБОУ «Средняя школа №264» г. Ташкента. В исследовании приняли участие 40 детей младшего школьного возраста (в каждой группе по 20 человек). У детей, принявших участие в исследовании или диагностировано СДВГ, или есть подозрения на данный диагноз. Дети контрольной группы обладают показателями нормативного развития. В исследовании приняли участие 40 родителей детей данной категории.

Для диагностики гиперактивности были использованы следующие методики:

– Анкета «Признаки гиперактивности и импульсивности» (содержание анкеты представлено в Приложение А).

Цель: определить особенности гиперактивности и импульсивности у детей младшего школьного возраста.

Данный тест состоит из 14 вопросов, на каждый из которых необходимо дать ответ «да» или «нет».

Обработка результатов:

- высокий уровень – более 70% опрошенных ответов;
- средний уровень – 40-50%;
- низкий уровень – менее 40%.
- «Методика да нет» Е.Е. Кравцова.

Цель: выявить уровень сформированности контекстного общения со взрослыми у детей 8-9-летнего возраста.

Метод: эксперимент, беседа.

Материалы: два набора вопросов.

Проведенная процедура.

Методика Е.Е. Кравцовой основана на известной детской игре в виде фантов. Согласно инструкции, ребенок должен отвечать на вопросы экспериментатора таким образом, чтобы не использовать определенные запрещенные слова. Дети, утратившие спонтанность своего поведения, должны быть способны перейти от импульсивных ответов, спровоцированных непосредственным смыслом вопроса, к ответам, соответствующим правилам игры. В этом случае количество правильных ответов становится прямым показателем произвольности в общении.

Эксперимент состоял из трех серий. Проводится индивидуально, ответы записывались.

Обработка данных.

По результатам эксперимента для каждой возрастной группы вычисляют среднее количество верных ответов и среднее время работы, выделяют самые трудные и самые легкие вопросы, определяют количество детей в каждой группе, правильно оценившие свои ответы.

На основании полученных данных выявляют уровень сформированности контекстного общения ребенка со взрослыми. Рассматривают результативность деятельности детей в эксперименте (количество верных ответов) во взаимосвязи с показателем уровня произвольности в общении со взрослым.

– Тест Векслера.

Одним классическим методов оценки общего уровня интеллектуального развития является тест Векслера, который широко известен и наиболее часто используется отечественными специалистами. Тест Векслера предназначен для оценки интеллектуального развития детей в возрасте от 5 до 16 лет и состоит из 12 субтестов вербальной и невербальной групп. Принята следующая последовательность выполнения субтестов:

– «осведомленность»,

- «понятливость»,
- «арифметический»,
- «сходство»,
- «словарь»,
- «повторение цифр»,
- «недостающие детали»,
- «последовательные картинки»,
- «кубики Кооса»,
- «складывание фигур»,
- «кодирование»,
- «лабиринты».

Ответы испытуемого оцениваются в баллах по каждому субтесту с помощью нормативных таблиц, затем рассчитываются общий интеллектуальный показатель (ОИП), вербальный интеллектуальный показатель (ВИП) и невербальный интеллектуальный показатель (НИП).

Высокий уровень движения, неустойчивое внимание и импульсивность являются нормальными характеристиками развития детей школьного возраста. Потребность в движении является врожденной. Однако есть группа детей, у которых эта потребность достигает патологического уровня. Эта группа детей известна как СДВГ, или гиперактивность.

Сегодня эта проблема является не только психологически, но и социально значимой, поскольку повышенная психомоторная неусидчивость, раздражительность и вспыльчивость мешают таким детям адаптироваться к жизни в обществе и усваивать школьную программу. При неблагоприятных обстоятельствах дети с СДВГ могут отклоняться в подростковом возрасте.

Программа коррекции СДВГ должна включать работу над его основными симптомами (гиперактивность, импульсивность, дефицит внимания) и вторичными симптомами. В частности, Н.Н. Заваденко предлагает включить сюда нарушения координации, эмоциональные

нарушения, нарушения межличностного общения и поведенческие расстройства. Учитывая многогранность синдрома, процесс коррекции должен быть длительным и трудным. Поэтому программа рассчитана на 36 часов.

Ожидаемые результаты:

- формирование и развитие телесных ощущений в рамках развития скелетной и мышечной мускулатуры;
- формирование и развитие навыков саморегуляции;
- формирование и развитие коммуникативных навыков;
- коррекция невнимательности и отвлекаемости в рамках оценки двигательной активности;
- преодоление конкретных трудностей в обучении;
- повышение самооценки детей с гиперактивностью.

Кол-во занятий: 10. Длительность: 1 раз в неделю.

Для реализации программы педагоги-психологи проводят коррекционно-развивающие групповые занятия с детьми в возрасте от 8 до 10 лет. Занятия проводятся на основании заключения (направления) педагога-психолога или специалиста по дефектологии и с согласия родителей (законных представителей).

Рекомендации по результатам обследования педагога-психолога или специалиста дефектолога используются для определения дополнительного содержания занятий с ребенком, подбора методических приемов и материалов, необходимых для осуществления индивидуального подхода к ребенку, в процессе работы по программе под руководством педагога-психолога с целью коррекции проблем, связанных с гиперактивным поведением, невнимательностью, тревожностью, импульсивностью, межличностным взаимодействием и общением между членами группы.

Методы исследования: анализ литературных источников, сравнение, обобщение, классификации, опрос, анкетирование, количественный и качественный анализ результатов исследования.

2.2 Анализ и интерпретация результатов исследования

Для определения развития признаков гиперактивности и импульсивности у детей младшего школьного возраста родителям/законным представителям детей, принявших участие в исследовании, было предложено заполнить анкету «Признаки гиперактивности и импульсивности», которая состоит из 14 утверждений, на которые родители должны дать положительный или отрицательный ответ. Утверждения 1, 2, 9 и 10 являются признаками гиперактивности. Утверждения под номерами 3, 6, 7, 8, 12, 13 – признаки невнимательности. Остальные утверждения (под номерами 4, 5, 11, 14) являются признаками импульсивности.

Положительные ответы на утверждения 1, 2, 9, 10 (признаки гиперактивности) были даны 5 раз (25%). При этом чаще встречается положительный ответ на утверждение под номером 2 – «Не может спокойно сидеть на месте, когда это требуется». Положительные ответы на утверждения под номерами 3, 6, 7, 8, 12, 13 (признаки невнимательности) были даны 12 раз (60%), при этом каждое из утверждений было выбрано в относительно одинаковом количестве ответов. Положительные ответы на утверждения 4, 5, 11, 14 (признаки импульсивности) были даны 3 раза (15%).

На рисунке 1 предоставлено процентное соотношение выбранных утверждений.



Рисунок 1 – Результаты анкетирования «Признаки гиперактивности и импульсивности» на констатирующем этапе

Таким образом, в ходе анкетирования было выявлено, что признаки гиперактивности и импульсивности у детей, принявших участие в исследовании, проявляются примерно в равном количестве – 22% и 18% соответственно. Признаки невнимательности проявляются значительно чаще – 60% случаев.

С целью формирования представлений об уровне сформированности контекстного общения со взрослыми у детей с гиперактивностью нами было проведено эмпирическое исследование при помощи методики Е.Е. Кравцовой «Да и нет». В ходе проведения исследования были получены результаты, представленные в таблице 1.

Таблица 1 – Уровень сформированности контекстного общения

Уровень	ЭГ	КГ
Высокий	3 (15%)	12 (60%)
Средний	12 (60%)	5 (25%)
Низкий	5 (25%)	3 (15%)

Для более полного анализа полученных данных, представим результаты исследования на рисунке 2.

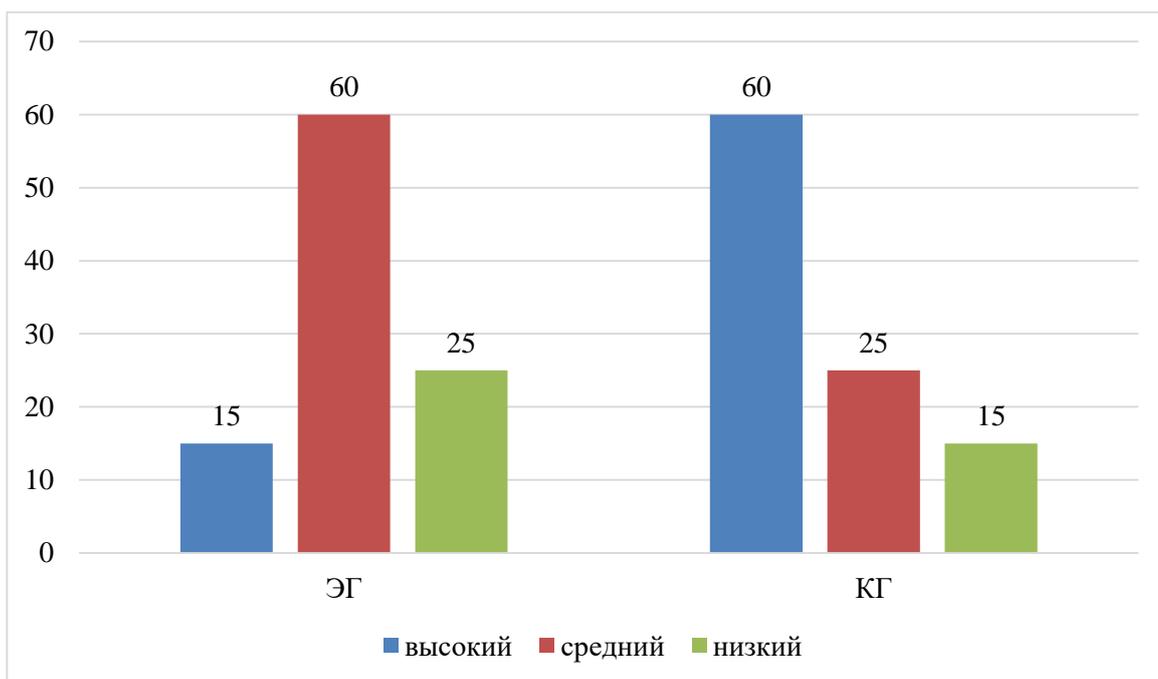


Рисунок 2 – Уровень сформированности контекстного общения на констатирующем этапе

Данные, полученные в ходе исследования, указывают на то, что в основном, дети с гиперактивностью и дети с нормативным развитием демонстрируют различные показатели сформированности контекстного общения. В ходе проведения исследования нами были получены следующие результаты исследования:

– высокий уровень сформированности контекстного общения характерен для 15% детей экспериментальной группы и 60% детей контрольной группы. Это указывает на то, что в основном, дети с синдромом гиперактивности формируют сниженные показатели взаимодействия со взрослыми по сравнению с детьми с нормативным развитием. Дети не могут в полной мере взаимодействовать в соответствии с опосредованными показателями взаимодействия;

– средний уровень контекстного общения характерен для 60% детей с гиперактивностью и 25% детей с нормативным развитием. Данные показатели указывают на то, что дети могут формировать контекстное

взаимодействие с взрослыми, что в свою очередь указывает на наличие определенных трудностей и проблем в рамках сотрудничества между детьми и взрослыми;

– низкий уровень развития контекстного общения характерен для 25% детей экспериментальной и 15% детей контрольной группы. Данные особенности формируют представление о том, что дети не обладают определенными показателями контекстного общения и требуют дополнительным аспектам развития представлений об различных аспектах общения.

Таким образом, анализ результатов исследования показал, что дети с гиперактивностью и нормативным развитием демонстрируют различные показатели сформированности контекстного общения. Нами было отмечено, что дети с гиперактивностью демонстрируют более низкие показатели сформированности контекстного общения.

С целью формирования представлений об уровне интеллектуального развития детей младшего школьного возраста с гиперактивностью нами было проведено исследование при помощи теста Векслера. В ходе проведения исследования нами были получены результаты, представленные в таблице 2.

Таблица 2 – Уровень интеллектуального развития детей с СДВГ

Уровень	ЭГ	КГ
Высокий	3 (15%)	10 (50%)
Средний	10 (50%)	5 (25%)
Низкий	7 (35%)	5 (25%)

Для более полного анализа полученных данных, представим результаты исследования на рисунке 3.

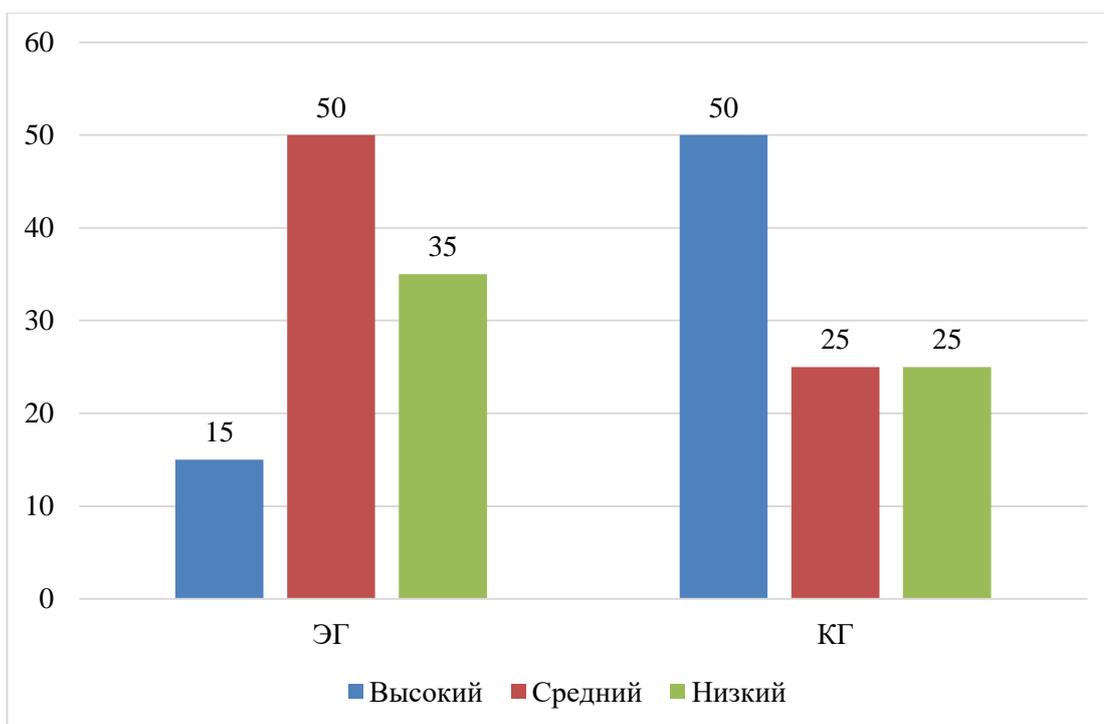


Рисунок 3 – Уровень интеллектуального развития детей с СДВГ на констатирующем этапе

Данные, полученные в ходе исследования, указывают на то, что в основном, дети младшего школьного возраста с СДВГ демонстрируют средние показатели развития интеллектуального развития. Об этом свидетельствуют около 50% детей с СДВГ и 25% детей с нормативным развитием. Это указывает на то, что в основном, дети данной категории обладают определенными специфическими представлениями относительно осведомленности, понятливости, сходства и складывания картин. Однако для детей данной категории характерными являются такие особенности как необходимость в применении помощи учителя для достижения собственной цели.

Высокий уровень сформированности интеллектуального развития характерен для 15% детей экспериментальной и 50% детей контрольной группы. Данные особенности указывают на то, что в основном, дети данной категории правильно могут быть ориентированы на основе выполнения предложенных заданий, что в свою очередь способствует формированию

представлений о самостоятельности и активности в рамках выполнения предложенных заданий.

Низкий уровень сформированности интеллектуального развития характерен для 35% детей экспериментальной и 25% детей контрольной группы. Данные особенности формируют представление о том, что у детей данной категории происходит несформированность мыслительных процессов и происходит способствование высокому уровню взаимодействия в рамках образовательного процесса.

Таким образом, анализ результатов исследования в соответствии с тематикой исследования показал, что дети с нормативным развитием демонстрируют более высокие показатели сформированности интеллектуального развития по сравнению с детьми, имеющими особенности гиперактивности. Это указывает на определенные различия в системе оценки коррекции гиперактивности.

В данном исследовании была организована диагностика гиперактивности у детей младшего школьного возраста, в ходе которой были реализованы такие методики, как анкета для родителей/законных представителей детей. Результаты проведенных методик свидетельствуют о том, что для детей младшего школьного возраста характерно проявление невнимательности чаще, чем импульсивности и гиперактивности в поведении.

Также для детей с гиперактивностью характерно неудовлетворительное эмоциональное состояние, что свидетельствует о необходимости комплексного взаимодействия родителей/законных представителей и педагогов учреждения образования для сопровождения гиперактивного ребенка. С этой целью на основе анализа психолого-педагогической и методической литературы в рамках данной работы были изучены и раскрыты особенности сопровождения гиперактивного ребенка в условиях обучения и воспитания.

Нами было отмечено, что в основном, для детей с интеллектуальной недостаточностью характерными являются средние показатели сформированности интеллектуального развития.

На основе результатов были сформулированы методические рекомендации.

«Дети-катастрофы», «дети-ураганы» существует множество названий для детей с СДВГ. С каждым годом таких детей становится все больше и больше.

Работа с ними трудна, тяжела, требует много физических и душевных сил, четкой организации, но так, чтобы не подавить активность ребенка и помочь ему усвоить правила поведения, знания и навыки.

Вся наша работа с детьми с СДВГ основана на двух «нет».

Мы не должны «плыть по течению» и допускать вседозволенность – это приведет только к еще большему хаосу. В то же время мы не должны просить ребенка делать что-то, над чем он не имеет контроля; это приведет к непослушанию, протестам и, что самое неприятное, к ощущению себя плохим и непослушным.

«Существует четыре направления работы с гиперактивными детьми.

Снятие напряжения и чрезмерной двигательной активности.

Работать с ребенком с СДВГ нелегко. Нужно глубоко, от всего сердца понять, какой дистресс испытывает этот малыш. Тогда вы действительно сможете подобрать правильный тон голоса и не сорваться на крик и вопли или не впасть в неконтролируемую угрюмость. Запрещенные слова, нотации и крики не работают с этими детьми. Для них важнее установить зрительный и тактильный контакт. Наши дети с СДВГ всегда сидят за первым столом в классе. Это обеспечивает постоянный зрительный контакт («глаза в глаза») с ними. Но наш «ураган» больше не может сидеть. Он начинает ерзать и дергаться. Просто подойдите к нему и молча положите руку на его плечо, погладьте его или похлопайте по нему». Через некоторое время «волнение» утихает» [15, с. 87].

2.3 Разработка коррекционно-развивающей программы для детей с гиперактивным поведением

Программа «Поможем ребенку с гиперактивностью».

Пояснительная записка.

В последние годы одной из наиболее распространенных проблем является наличие детей, определяющихся как «сложные» или с психическими нарушениями. Согласно проведенному нами опросу родителей, нами было отмечено, что многие из них имеют детей с гиперактивностью и хотели бы получить консультации, которые бы способствовали более высокому уровню их просвещения в рамках общения с гиперактивными детьми.

Физические нарушения являются распространенной причиной академической неуспеваемости. Дети испытывают трудности в учебе, и у большинства из них выделяются различные типы личности: импульсивность, агрессивность, лживость, криминальные наклонности, а также повышенная ранимость, эмоциональная сверхчувствительность, застенчивость и замкнутость.

Родители понимают трудности своих детей и хотят им помочь, но чувствуют, что их знаний, навыков и умений в этой области недостаточно. Основная идея Родительской школы – повысить медико-психолого-педагогические навыки родителей и способствовать своевременной коррекции и полноценному развитию личности их ребенка.

Основные задачи программы:

- формирование активной родительской позиции в рамках принятия собственного ребенка;
- формирование способностей к развитию способностей и открытому взаимодействию;
- знакомить родителей с определенными способами взаимодействия с ребенком с гиперактивностью.

Основные формы работы:

– коллективные: работа в общем круге, творческие номера, тематические опросники, рефлексия и релаксация;

– индивидуальные: интервью, беседы, индивидуальная диагностика.

Сроки: 8 встреч, 16 часов.

Структура проводимых занятий:

– Разминка;

– Основная часть;

– Аутотренинг;

– Релаксация

– Подведение итогов.

Таблица 3– Тематическое планирование занятий

Зан.	Тема	Кол-во часов
1	Знакомство и самодиагностика	2
2	Психическое развитие ребенка	2
3	Круглый стол «Как помочь моему ребенку?»	2
4	Круглый стол «Родительская любовь»	2
5	Положительные и отрицательные установки	2
6	Развитие воображения	2
7	Приемы развития логического мышления	2
8	Применение приемов нейропсихологической гимнастики	2
Итого		16

В целом программа базируется на наличии следующих аспектов:

– Поведенческий:

– изменение поведение взрослого по отношению к ребенку;

– контроль, за поведением ребенка;

– необходимо одинаково быстро реагировать на успехи и неудачи ребенка;

– обязательно выслушивать просьбы ребенка.

– Психологический микроклимат:

– высокий уровень внимания к проблемам ребенка;

– проведение совместного досуга со своей семьей;

- отсутствие споров и ссор в присутствии ребенка.
- Организация режима дня и места для занятий:
 - установление правильного распорядка дня;
 - выполнение заданий по образцу;
 - снижение отвлекающих факторов в рамках выполнения заданий.

Таким образом, предложенная нами программа необходима для повышения уровня информированности родителей по работе с гиперактивными детьми.

2.4 Контрольный этап исследования

С целью формирования представлений об эффективности проведенной формирующей работы, нами было проведено эмпирическое исследование при помощи методик, представленных на констатирующем этапе исследования. В ходе проведения исследования нами были получены результаты исследования, представленные на рисунке 4.



Рисунок 4 – Результаты анкетирования родителей на контрольном этапе исследования

На контрольном этапе исследования нами были получены результаты, согласно которым отмечается снижение показателей гиперактивности и импульсивности детей на контрольном этапе исследования. Нами было выявлено, что отсутствие любых проявлений невнимательности и гиперактивности характерно для 15% опрошенных родителей. Данная категория родителей указывает на то, что дети стали более внимательными и спокойными в рамках решения всех необходимых вопросов. Эти показатели формируют представление об эффективности проведенной нами работы.

С целью формирования представлений об уровне сформированности контекстного общения со взрослыми у детей с гиперактивностью на контрольном этапе исследования нами было проведено эмпирическое исследование при помощи методики Е.Е. Кравцовой «Да и нет». Полученные результаты представлены в таблице 3.

Таблица 4 – Уровень сформированности контекстного общения на контрольном этапе исследования

Уровень	ЭГ	КГ
Высокий	6 (30%)	12 (60%)
Средний	12 (60%)	5 (25%)
Низкий	2 (10%)	3 (15%)

Для более полного анализа полученных данных, представим исследование в виде рисунка

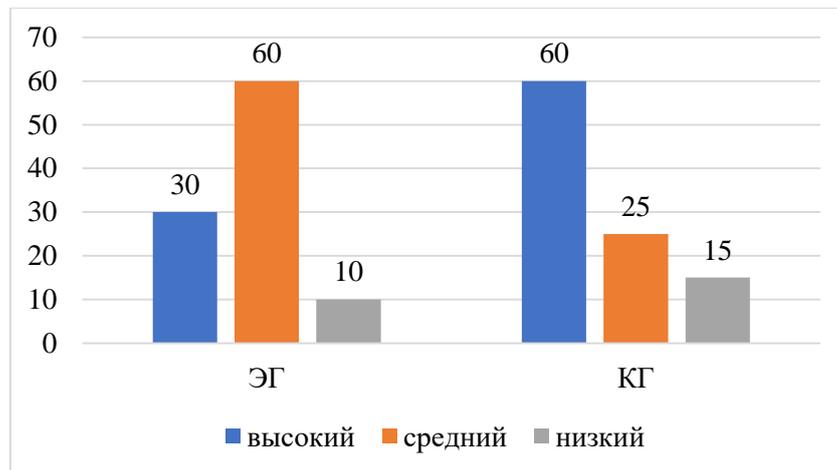


Рисунок 5 – Уровень сформированности контекстного общения на контрольном этапе исследования

Данные полученные в ходе исследования на контрольном этапе исследования указывают на повышение показателей сформированности контекстного общения у детей данной категории. Данные показатели более низкие по сравнению с экспериментальной группой, однако относительно собственных результатов на констатирующем этапе стали гораздо выше. Нами были получены следующие результаты исследования:

- высокий уровень сформированности контекстного общения характерен для 30% детей экспериментальной группы и 60% детей контрольной группы. Это указывает на то, что в основном, дети с синдромом гиперактивности формируют сниженные показатели взаимодействия со взрослыми по сравнению с детьми с нормативным развитием. Дети не могут в полной мере могут взаимодействовать в соответствии с опосредованными показателями взаимодействия;

- средний уровень контекстного общения характерен для 60% детей с гиперактивностью и 25% детей с нормативным развитием. Данные показатели указывают на то, что дети могут формировать контекстное взаимодействие с взрослыми, что в свою очередь указывает на наличие определенных трудностей и проблем в рамках сотрудничества между детьми и взрослыми;

– низкий уровень развития контекстного общения характерен для 10% детей экспериментальной и 15% детей контрольной группы. Данные особенности формируют представление о том, что дети не обладают определенными показателями контекстного общения и требуют дополнительным аспектам развития представлений об различных аспектах общения.

Таким образом, на контрольном этапе исследования нами было отмечено, что дети с гиперактивностью и нормативными показателями сформированности поведения демонстрируют различные показатели контекстного общения. Однако до нормы показатели контекстного общения еще не дотягивают.

С целью формирования представлений об уровне интеллектуального развития детей младшего школьного возраста с гиперактивностью на контрольном этапе исследования нами было проведено исследование при помощи теста Векслера. В ходе проведения исследования нами были получены результаты, представленные в таблице 4

Таблица 5 – Уровень интеллектуального развития детей с СДВГ на контрольном этапе исследования

Уровень	ЭГ	КГ
Высокий	6 (30%)	10 (50%)
Средний	10 (50%)	5 (25%)
Низкий	4 (20%)	5 (25%)

Для более полного анализа полученных данных, представим результаты исследования на рисунке 6.

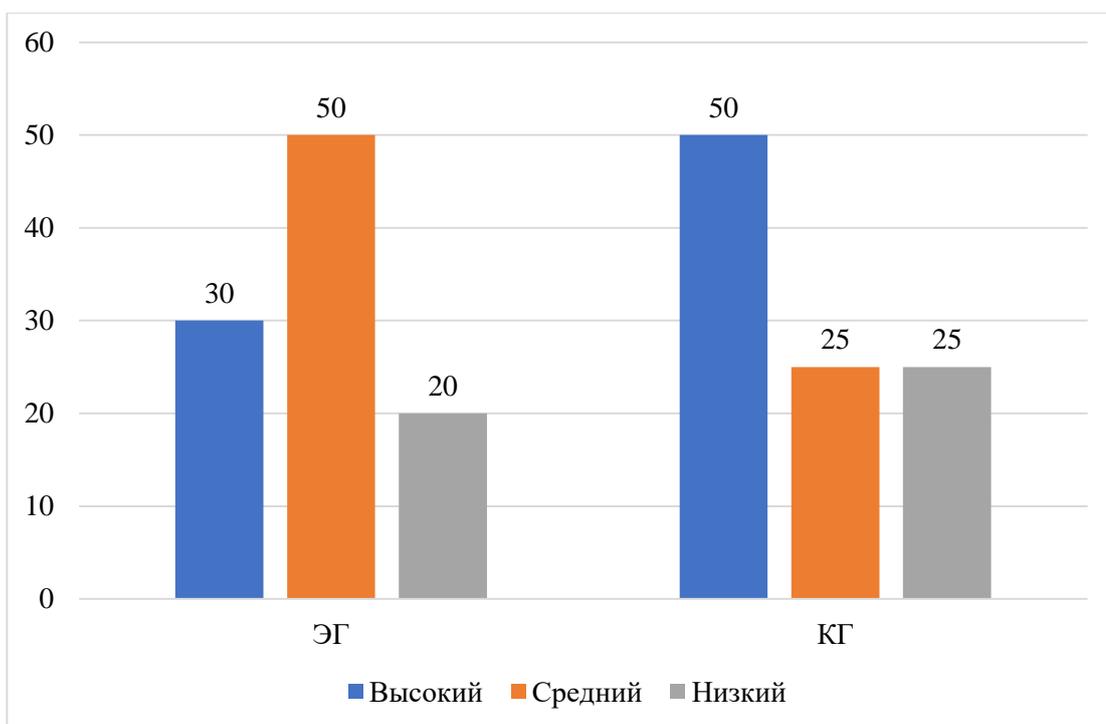


Рисунок 6 – Уровень интеллектуального развития детей с СДВГ на контрольном этапе

Данные, полученные в ходе исследования на контрольном этапе, указывают на повышение уровня интеллектуального развития детей с СДВГ после проведения формирующего этапа. Об этом свидетельствуют около 50% детей с СДВГ и 25% детей с нормативным развитием. Это указывает на то, что в основном, дети данной категории обладают определенными специфическими представлениями относительно осведомленности, понятливости, сходства и складывания картин. Однако для детей данной категории характерными являются такие особенности как необходимость в применении помощи учителя для достижения собственной цели.

Высокий уровень сформированности интеллектуального развития характерен для 30% детей экспериментальной и 50% детей контрольной группы. Данные особенности указывают на то, что в основном, дети данной категории правильно могут быть ориентированы на основе выполнения предложенных заданий, что в свою очередь способствует формированию представлений о самостоятельности и активности в рамках выполнения предложенных заданий.

Низкий уровень сформированности интеллектуального развития характерен для 20% детей экспериментальной и 25% детей контрольной группы. Данные особенности формируют представление о том, что у детей данной категории происходит несформированность мыслительных процессов и происходит способствование высокому уровню взаимодействия в рамках образовательного процесса.

Таким образом, анализ результатов исследования на контрольном этапе указывает на эффективность проведенной работы и формирует представление о повышении уровня развития речи и интеллектуального развития детей с гиперактивностью.

С целью формирования представлений о показателях сформированности гиперактивности у детей младшего школьного возраста, нами было проведено эмпирическое исследование при помощи следующих методик исследования:

- Анкета «Признаки гиперактивности и импульсивности»;
- «Методика да нет» Е.Е. Кравцова;
- Тест Векслера.

Результаты проведенных методик свидетельствуют о том, что для детей младшего школьного возраста характерно проявление невнимательности чаще, чем импульсивности и гиперактивности в поведении. Также для детей с гиперактивностью характерно неудовлетворительное эмоциональное состояние, что свидетельствует о необходимости комплексного взаимодействия родителей/законных представителей и педагогов учреждения образования для сопровождения гиперактивного ребенка. С этой целью на основе анализа психолого-педагогической и были изучены и раскрыты особенности сопровождения гиперактивного ребенка в условиях обучения и воспитания.

Нами было отмечено, что в основном, для детей характерными являются средние показатели сформированности интеллектуального развития. Анализ результатов исследования показал, что

дети гиперактивностью и нормативным развитием демонстрируют различные показатели сформированности контекстного общения. Нами было отмечено, что дети с гиперактивностью демонстрируют более низкие показатели сформированности контекстного общения.

Анализ результатов исследования на контрольном этапе указывает на эффективность проведенной работы и формирует представление о повышении уровня развития речи и интеллектуального развития детей с гиперактивностью.

В заключение следует отметить, что синдром дефицита внимания с гиперактивностью – это сложное неврологическое расстройство, которое негативно влияет на развитие и социализацию личности и требует своевременного качественного выявления и проведения коррекционно-развивающих мероприятий для преодоления основных негативных симптомов. Психолого-педагогическая структура диагностики синдрома дефицита внимания с гиперактивностью включает исследования уровня когнитивного развития, аффективно-волевой сферы и индивидуально-психологических особенностей личности ребенка.

Необходимо как можно раньше диагностировать СДВГ у детей младшего школьного возраста. При планировании коррекционных занятий необходимо учитывать индивидуальные особенности ребенка, стиль воспитания в семье, а также причины и процессы развития СДВГ. Существует несколько причин возникновения СДВГ у детей. Например, биологические, генетические и социальные причины. По мере взросления ребенка наибольшее влияние оказывают семейное воспитание и окружающая среда. Сочетание неблагоприятных факторов повышает риск проявления СДВГ.

Заключение

Явление гиперактивности и нарушения внимания исследовалось еще с начала двадцатого века. Данное явление изучали как зарубежные, так и отечественные исследователи, но единого, однозначного мнения в этом вопросе так и не сложилось, что значительно осложняет диагностику и коррекцию СДВГ. Однако обобщая результаты исследований можно выделить три основных блока проявления СДВГ: гиперактивность, нарушения внимания, импульсивность.

Существует множество факторов, которые влияют на возникновение и развитие синдрома дефицита внимания с гиперактивностью. Основными из них являются: генетические причины, нейробиологические, пре- и перинатальные повреждающие факторы, психосоциальные факторы (неблагоприятная семейная обстановка; низкий уровень материальной обеспеченности семьи; низкий уровень образования у родителей и так далее), экологические факторы. Этиология СДВГ имеет комбинированный характер, так как для установления причин нарушений, всегда следует учитывать действие нескольких факторов, влияющих друг на друга.

Анализ литературных источников показал, что гиперактивность представляет собой специфический тип развития личности ребенка, что формирует необходимость проявления высокого уровня активности. Основными факторами являются такие как пренатальные, генетические, нейрофизиологические, пищевые.

Для детей с гиперактивностью характерными являются специфические особенности развития физического и психического развития. Мы видим, что дети проявляют сложные элементы взаимодействия в рамках межличностных отношений и повышения уровня тревожности в процессе взаимодействия.

Гиперактивность представляет собой важное универсальное явление в рамках оценки комплексного типа взаимодействия, включающего лечение и коррекцию, психологического, медицинского и педагогического подхода.

Данное нарушение ориентировано на включение значительного числа детей в рамках тех или иных социальных групп, включающие представление о группах населения с низким уровнем дохода. Синдром дефицита внимания в основном, встречается в рамках оценки высокого уровня плотности населения. Сюда могут быть включены механизмы, ориентированные на определенные аспекты повреждения мозга и психосоциальных факторов, которые ориентированы на определенную роль возникновения гиперактивности, но также могут быть задействованы несколько взаимодействующих факторов.

С целью формирования представлений о показателях сформированности гиперактивности у детей младшего школьного возраста, нами было проведено эмпирическое исследование при помощи следующих методик исследования:

- Анкета «Признаки гиперактивности и импульсивности».
- «Методика да нет» Е.Е. Кравцова;
- Тест Векслера.

Результаты проведенных методик свидетельствуют о том, что для детей младшего школьного возраста характерно проявление невнимательности чаще, чем импульсивности и гиперактивности в поведении. Также для детей с гиперактивностью характерно неудовлетворительное эмоциональное состояние, что свидетельствует о необходимости комплексного взаимодействия родителей/законных представителей и педагогов учреждения образования для сопровождения гиперактивного ребенка. С этой целью на основе анализа психолого-педагогической литературы в рамках данной работы были изучены и раскрыты особенности сопровождения гиперактивного ребенка в условиях обучения и воспитания.

Нами было отмечено, что в основном, для детей с интеллектуальной недостаточностью характерными являются средние показатели сформированности интеллектуального развития. Анализ результатов

исследования показал, что дети с гиперактивностью и нормативным развитием демонстрируют различные показатели сформированности контекстного общения. Нами было отмечено, что дети с гиперактивностью демонстрируют более низкие показатели сформированности контекстного общения.

Анализ результатов исследования на контрольном этапе указывает на эффективность проведенной работы и формирует представление о повышении уровня развития речи и интеллектуального развития детей с гиперактивностью.

В заключение следует отметить, что синдром дефицита внимания с гиперактивностью – это сложное неврологическое расстройство, которое негативно влияет на развитие и социализацию личности и требует своевременного качественного выявления и проведения коррекционно-развивающих мероприятий для преодоления основных негативных симптомов. Психолого-педагогическая структура диагностики синдрома дефицита внимания с гиперактивностью включает исследования уровня когнитивного развития, аффективно-волевой сферы и индивидуально-психологических особенностей личности ребенка.

Необходимо как можно раньше диагностировать СДВГ у детей младшего школьного возраста. При планировании коррекционных занятий необходимо учитывать индивидуальные особенности ребенка, стиль воспитания в семье, а также причины и процессы развития СДВГ. Существует несколько причин возникновения СДВГ у детей. Например, биологические, генетические и социальные причины. По мере взросления ребенка наибольшее влияние оказывают семейное воспитание и окружающая среда. Сочетание неблагоприятных факторов повышает риск проявления СДВГ.

Список используемой литературы

1. Абрамова Г. С. Практикум по возрастной психологии. М. : Академия, 2008. 339 с.
2. Ануфриев А. Ф. Как преодолеть трудности в обучении детей. Психодиагностические таблицы. Психодиагностические методики. Коррекционные упражнения. М. : Академия, 2021. 197 с.
3. Барановская Т. А. Формирование самоконтроля в учебной деятельности студентов. М. : Академия, 2010. 16 с.
4. Боришевский М. И. Психологические условия формирования самоконтроля в поведении младших школьников. М. : Академия, 2006. 20 с.
5. Брызгунов И. П. Непоседливый ребенок, или все о гиперактивных детях. М. : Академия, 2012. 113 с.
6. Буянов М. И. Ребёнок из неблагополучной семьи. М. : Академия, 2008. 278 с.
7. Выготский Л. С. Проблемы развития психики // Собр. соч. Т.3. М. : 2003. 614 с.
8. Гамезо М. В. Возрастная психология: личность от молодости до старости. М. : «Неосфера», 2009. 401 с.
9. Добсон Д. Ч. Непослушный ребенок. М. : «Пенаты», «Т–Око», 2012. 243 с.
10. Еремеева В. Д. Типы латеральности у детей и нейрофизиологические основы индивидуальной обучаемости // Вопросы психологии. 2010. №1 С.128-134.
11. Заваденко Н. Н. Как понять ребенка: дети с гиперактивностью и дефицитом внимания. М. : Школа–Пресс, 2000. 112 с.
12. Заваденко Н. Н. Минимальные мозговые дисфункции у детей. М. : Академия, 2007. 149 с.
13. Запорожец А. В. Особенности психологии детей раннего и школьного возраста. М. : Академия, 2015. 148 с.

14. Захаров А. И. Как предупредить отклонения в поведении ребенка М. : Академия, 2011. 157 с.
15. Карвасарский Б. Д. Психотерапевтическая энциклопедия СПб. : Питер Ком, 2008. 500 с.
16. Красов В. А. Гипердинамический синдром у детей младшего школьного возраста. М. : Академия, 2009. 35 с.
17. Кэджусон Х. Практикум по игровой психотерапии. СПб. : Питер, 2011. 92 с.
18. Кучма В. Р. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей. М. : Академия, 2014. 250 с.
19. Кучма В. Р. Дефицит внимания с гиперактивностью у детей России: Распространенность, факторы риска и профилактика. М. : РАРОГЪ, 2007. 259 с.
20. Лебединская К. С. Подростки с нарушениями в аффективной сфере. М. : Академия, 2008. 50 с.
21. Локалова Н. П. 120 уроков психологического развития младших школьников. М. : Академия, 2012. 229 с.
22. Лютова Е. К. Тренинг эффективного взаимодействия с детьми. СПб. : Питер, 2012. 258 с.
23. Массен П. Развитие личности ребёнка. М. : Академия, 2007. 447 с.
24. Моница Г. Б. Шпаргалка для взрослых. СПб. : Питер, 2005. 22 с.
25. Мухина В. С. Шестилетний ребенок в школе. М. : Академия, 2006. 277 с.
26. Немов Р. С. Психология. М. : Академия, 2005. 549 с.
27. Овчарова Р. В. Справочная книга школьного психолога. М. : Академия, 2006. 366 с.
28. Особенности психологического развития детей 6-7-летнего возраста. М. : Академия, 2008. 179 с.
29. Петрунук В. «Колыбель неврозов» (заметки врачей – психоневрологов). М. : Знание, 2008. 190 с.

30. Протопович Л. Г. Откуда пришли Индиго? М. : Академия, 2015. 289 с.
31. Ратанова Т. А. Психодиагностические методы изучения личности. М. : Академия, 2008. 127 с.
32. Ричардс М. П. Развод родителей и дети. Новосибирск, 2014. 243 с.
33. Рогов Е. И. Настольная книга практического психолога в образовании. М. : Академия, 2008. 384 с.
34. Роджерс К. Р. Консультирование и психотерапия. М. : ЭКСМО–Пресс, 2011. 419 с.
35. Сапогова В. Д. Шестилетний ребенок: Вопросы и ответы. Тула: Приокс, 2012. 206 с.
36. Скворцов И. А. Развитие нервной системы у детей (нейроонтогенез и его нарушения). М. : Академия, 2011. 139 с.
37. Столяренко Л. Д. Педагогическая психология. Ростов–на–Дону, 2004. 257с.
38. Федоренко Е. Ю. Возможности развивающей системы образования для гиперактивных детей // Вопросы образования. 2007. № 2. С.232-236.
39. Фопель К. Как научить детей сотрудничать? М. : Академия, 2008. 179 с.
40. Хон Р. Л. Педагогическая психология. М. : Академия, 2008. 412 с.
41. Цапкин В. Н. Единство и многообразие психотерапевтического опыта // Психологическое консультирование и психотерапия. Хрестоматия Т.1. Теория и методология. М. : Академия, 2009. 153 с.
42. Шапарь В. Б. Новейший психологический словарь. Ростов-на-Дону: Феникс, 2005. 559 с.
43. Шевченко Ю. С. Онтогенетически ориентированная психотерапия. М. : Академия, 2008. 417 с.
44. Шевченко Ю. С. Коррекция поведения детей с гиперактивностью и психоподобным синдромом. М. : Академия, 2007. 366 с.

45. Шевченко Ю. С. Коррекция поведения детей с гиперактивностью и психопатоподобным синдромом: Практическое руководство для врачей и психологов. М. : Академия, 2007. 73 с.

46. Шевченко Ю. С. Игровая психология детей с гиперактивным поведением // Школа здоровья. 2007. Т.4. № 2. С.17-22.

47. Эйдемиллер Э. Г. Психология и психотерапия семьи. СПб. : Питер, 2009. 577 с.

48. Эльконин Д. Б. Психология игры. М. : Педагогика, 2008. 287 с.

49. Эльконин Д. Б. Психология обучения младшего школьника. М.: Знание, 2014. 64 с.

50. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. М. : Академия, 2010. 147 с.

Приложение А

Анкета «Признаки гиперактивности и импульсивности»

Степень проявления признака:

- отсутствует (0)
- довольно высокая (2)
- очень высокая (3).
- Двигательное беспокойство (постоянно находится в движении);
- Раздражительность, импульсивность;
- Вмешательство в занятия других детей;
- Частая и быстрая переключаемость;
- Постоянное ерзание на месте;
- Невнимательность, отвлекаемость;
- Нетерпеливость и быстрое разочарование;
- Быстрая и резкая смена настроения;
- Склонность к проявлениям ярости, взрывное непредсказуемое поведение.