

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

Гуманитарно-педагогический институт
(наименование института полностью)

Кафедра «Дошкольная педагогика, прикладная психология»
(наименование кафедры)

37.03.01 Психология
(код и наименование направления подготовки, специальности)

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА (БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА)

на тему **КОРРЕКЦИЯ ГИПЕРАКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО
ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ПОМОЩЬЮ СРЕДСТВ АРТ-ТЕРАПИИ**

Студент

Т.И. Сырова
(И.О. Фамилия)

(личная подпись)

Руководитель

канд. псих. наук Т.А. Бергис
(ученая степень, звание, И.О. Фамилия)

Тольятти 2021

Аннотация

Бакалаврская работа рассматривает актуальную проблему преодоления гиперактивности в поведении детей младшего школьного возраста.

Выбор темы обусловлен тем, что система начального школьного обучения не приспособлена к работе с гиперактивными детьми, однако количество гиперактивных детей стабильно растёт, следовательно, необходимо искать новые средства коррекции для работы с детьми этой категории.

Целью работы является изучение возможностей применения арт-терапии для коррекции гиперактивного поведения детей младшего школьного возраста.

Бакалаврская работа основана на гипотезе, согласно которой использование арт-терапии позволит снизить признаки гиперактивности в поведении детей младшего школьного возраста, в частности: стабилизировать произвольное внимание, повысить уровень самоконтроля, снизить моторно-двигательное напряжение. В ходе работы решаются задачи: теоретически изучить проблемы гиперактивности и её влияния на развитие детей младшего школьного возраста на основе анализа психолого-педагогической научной и методической литературы; рассмотреть арт-терапию, как средство снижения гиперактивного поведения и развития произвольности внимания детей младшего школьного возраста; выполнить подбор методов и провести исследование проявлений гиперактивности у детей младшего школьного возраста; провести коррекционную работу по снижению проявлений гиперактивности у детей младшего школьного возраста на основе применения арт-терапии; выполнить анализ и интерпретацию полученных результатов.

Работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка используемой литературы (50 наименований) и приложений. Текст проиллюстрирован 17 таблицами и 4 рисунками.

Оглавление

Введение.....	5
Глава 1 Теоретическое обоснование проблемы гиперактивности детей младшего школьного возраста и её коррекции.....	9
1.1 Проблема гиперактивного поведения младшего школьного возраста в отечественной и зарубежной психологии.....	9
1.2 Подходы к коррекции гиперактивного поведения младшего школьного возраста.....	16
1.3 Арт-терапия как средство снижения признаков гиперактивного поведения детей младшего школьного возраста.....	20
Глава 2 Экспериментальное исследование возможностей.....	29
использования арт-терапии для коррекции гиперактивности.....	29
у детей младшего школьного возраста.....	29
2.1 Организация и методы исследования.....	29
2.2 Интерпретация результатов исследования.....	36
2.3 Использование арт-терапии для снижения гиперактивного.....	46
поведения младших школьников.....	46
2.4 Описание результатов экспериментального исследования.....	53
возможностей использования арт-терапии для коррекции гиперактивности у детей младшего школьного возраста....	53
Заключение.....	60
Список используемой литературы и используемых источников.....	62
Приложение А – Диагностический материал к методике «Обведи контуры»	67
Приложение Б – Критерии оценки выполнения задания «Обведи контуры».	68
Приложение В – Диагностический материал к методике «Ходьба по линии и удерживание равновесия».....	69

Приложение Г – Результаты исследования моторики и координации движений у здоровых мальчиков и девочек.....	70
Приложение Д – Карта наблюдений за деятельностью детей 1 А класса.....	72
Приложение Ж – Карта наблюдений за деятельностью детей 1 Б класса.....	74
Приложение З – Работа по технике марианья.....	76
Приложение К – Работа пальцами и ладонями по методу изотерапия.....	77
Приложение Л – Работа по технике «Волшебный клубок».....	78
Приложение М – Карта наблюдений за деятельностью детей на контрольном этапе эксперимента.....	79

Введение

Процесс становления детской личности сложен и противоречив. Бесконечные перспективы духовного развития раскрываются перед ребенком. Личность ребенка отличается индивидуальностью и неповторимостью. Изменчивость является одной из главных характеристик детской личности, которая проявляется в её отдельных чертах, так и в общем. Нарушения поведения детей и связанные с ними трудности составляют значительную проблему в образовательной деятельности дошкольных образовательных учреждений и являются особенно актуальными.

Наиболее ярко гиперактивность проявляется у детей в старшем дошкольном и младшем школьном возрасте. Постоянно возбужденные, невнимательные, непоседливые и крикливые, такие дети притягивают к себе особое внимание воспитателя [8]. **Проблема** заключается в том, существующая система начального школьного обучения основывается на нормах, правилах и требованиях, которые регламентируют жизнь ребенка, поэтому она не приспособлена к работе с гиперактивными детьми. Вследствие чего проблема эффективности обучения детей с гиперактивностью становится все более злободневной и обсуждаемой. Вместе с тем количество гиперактивных детей стабильно растёт, поэтому необходимо искать новые методики работы с детьми этой категории.

Актуальность нашего исследования определяется степенью востребованности и необходимостью применения специальных методик для решения этой проблемы. Проблему гиперактивности детей изучали в своих трудах Буянов М.И., Гуревич М.О., Озерский Н.И., Гарбузов В.И., Кащенко В.П., Тржесоглава З., Суходолей В., Халецкая О.В., Трошин В.М. и многие другие. Вопрос использования методов и приёмов для снижения гиперактивности младших школьников волнует и педагогов, он

рассматривается в трудах Макарова В.В., Копытина А.И, Карвасарского Б.Д, Свистуновской Е.Е., Лебедевой Л.Д, и других.

Однако, интеллектуальное развитие у гиперактивного ребенка не нарушено, при всех существующих проблемах в его поведении, и такие дети могут успешно осваивать программу детского сада. Но существует противоречие между импульсивностью ребенка и нормативностью поведения в образовательной деятельности. [13].

Проблему гиперактивности можно решить только комплексно совместно с родителями, врачами, педагогами и психологами. Комплексный подход к проблемам ребёнка с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) определяется постановкой диагноза врачом-невропатологом или врачом-психиатром и медикаментозной терапией, дополняется психологической и педагогической коррекцией. И только в этом случае можно гарантировать успех в преодолении негативных проявлений данного синдрома [17].

Увеличивая адаптационные способности ребёнка в общеобразовательной школе, снижая утомление, способствуя исчезновению негативных эмоциональных состояний и их проявлений, связанных с обучением, арт-терапия является одним из эффективных средств психологической поддержки детей с гиперактивным поведением [2].

Анализ научных исследований и психологической практики позволили нам выявить **противоречие** между имеющейся проблемой гиперактивности в поведении у детей и недостаточной разработанностью технологий по её снижению.

Цель работы: изучение возможностей применения арт-терапии для коррекции гиперактивного поведения детей младшего школьного возраста.

Объект исследования: гиперактивное поведение детей

Предмет исследования: коррекция гиперактивного поведения детей младшего школьного возраста с помощью средств арт-терапии

Гипотеза исследования: коррекционная психологическая работа с использованием приемов арт-терапии позволит снизить признаки гиперактивности в поведении детей младшего школьного возраста, в частности: стабилизировать произвольное внимание, повысить уровень самоконтроля, снизить моторно-двигательное напряжение.

В работе были определены следующие **задачи**:

- теоретическое изучение проблемы гиперактивности и её влияния на развитие детей младшего школьного возраста на основе анализа психолого-педагогической научной и методической литературы;
- рассмотреть арт-терапию, как средство снижения гиперактивного поведения и развития произвольности внимания детей младшего школьного возраста;
- выполнить подбор методов и провести исследование проявлений гиперактивности у детей младшего школьного возраста;
- провести коррекционную работу по снижению проявлений гиперактивности у детей младшего школьного возраста на основе применения арт-терапии;
- выполнить анализ и интерпретацию полученных результатов.

Теоретико-методологическую базу исследования составили: системное рассмотрение синдрома дефицита внимания и гиперактивности (Л.О. Бадалян, И.П. Брызгунов, Н.Н. Заваденко, В.П. Кащенко, В.А. Красов, Л.В. Мамедова, Л.С. Чутко, О. Яскова и др.), исследования отечественных педагогов и психологов по проблемам снижения гиперактивного поведения детей посредством метода арт-терапии (Н.В. Васик, М.В. Киселёва, А.И. Копытин, Л.Д. Лебедева, Е.А. Медведева, В.Н. Никитин, А.В. Платонова и др.).

Для решения поставленных нами задач использовался комплекс взаимодополняющих **методов и методик** исследования:

- теоретические: анализ, синтез, обобщение и систематизация литературы по проблеме исследования, построение гипотезы;

- практические: наблюдение, сбор и анализ анамнестических данных, беседа; диагностические методики Н.И. Гуткиной [10] «Да и нет», «Вежливость», «Обведение контуров»; Н.Н. Заваденко [13] «Ходьба по линии и удерживание равновесия» и «Чередование движения конечностей»; методы коррекции и развития (изотерапия, библиотерапия, игротерапия, музыкотерапия и вокалотерапия);
- аналитические: методы обработки и анализа результатов (количественный и качественный анализ полученных данных).

База исследования и выборка испытуемых: Муниципальное автономное общеобразовательное учреждение «Средняя общеобразовательная школа № 20» Оренбургской области, Кваркенского района, п. Красноярский. В эксперименте принимали участие школьники 1А и 1Б классов в количестве 50 детей (24 девочки и 26 мальчиков) возрасте 7 лет.

Новизна исследования заключается в возможности снижения гиперактивности в поведении младших школьников в условиях проведения предметов изобразительное искусство и технология, а также в работе кружка «Русский фольклор».

Теоретическая значимость исследования заключается в обобщении теоретических представлений о проблеме гиперактивности у детей младшего школьного возраста и научном обосновании наиболее эффективных путей снижения гиперактивности в их поведении.

Практическая значимость исследования определяется тем, что отобранные и апробированные в экспериментальной работе материалы, могут оказать помощь педагогам в снижении гиперактивности в поведении детей, а также представляют интерес для родителей в развитии внимания детей с гиперактивностью.

Структура бакалаврской работы. Работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка используемой литературы (50 наименований), 10

приложений. Для иллюстрации текста используется 17 таблиц, 4 рисунка. Основной текст работы изложен на 64 страницах.

Глава 1 Теоретическое обоснование проблемы гиперактивности детей младшего школьного возраста и её коррекции

1.1 Проблема гиперактивного поведения младшего школьного возраста в отечественной и зарубежной психологии

Следует отметить, что дети с гиперактивным поведением были замечены достаточно давно. Э.П. Дюпье впервые стал изучать двигательные расстройства у детей с органическим поражением центральной нервной системы. Двигательные расстройства изучались за рубежом А. Валлоном в 1928 году, а у нас в стране – М.О. Гуревич в 1932 году. Целенаправленно изучение двигательной гиперактивности стало изучаться за рубежом в 30-е годы. В итоге был выделен «синдром гиперактивности», который позже в США был истолкован как «расстройство поведения, связанное с дефицитом внимания, с гиперактивностью или без неё» [3].

Отечественный учёный и педагог В.П. Кащенко в своём труде «Педагогическая коррекция» описал детей, с «болезненно выраженной активностью», которая создаёт большие трудности в детском коллективе» [14].

В конце 19 века в книге Ф. Шольца «Недостатки в характере ребенка. Вторая золотая книжка» была описана категория детей, называемая им «беспокойными, трудными» детьми. По словам учёного: «Такой ребенок отличается тем, что подвижность у него распространяется большей частью на весь организм. Руки и ноги находятся в беспокойном произвольном движении, но данные движения эти дети выполняют не твердо и уверенно, а, напротив, они излишне «мечутся» во все стороны и своей неуклюжестью

лишь осложняют дело. Таких детей можно назвать «трепещущими», а болтливость ничто иное, как перенесение мускулатурного беспокойства на область речи» [44, с. 5].

Анализируя труды отечественной и зарубежной литературы, можно сделать вывод, что гиперактивное поведение детей является объектом исследования различных специалистов, но, тем не менее, большая часть опубликованных работ имеет клиническое направление. Однако непонятно, связывают ли авторы трудов гиперактивность с эмоциональными проявлениями, или считают, что эмоциональная сфера является одним из структурных составляющих гиперактивности.

В последнее время всё больше исследователей считают, что повышенная активность поведения является основной особенностью гиперактивности. При этом, нарушенное внимание отмечается, как важный симптом и осложнение. Таким образом, гиперактивность является особым видом поведения и характеризуется особенностями двигательного развития, находится в тесной взаимосвязи с нарушением внимания и эмоциональной сферы.

В своей работе «Гипердинамический синдром у детей младшего школьного возраста» В.А. Красов подробно описал гиперактивное поведение у детей младшего школьного возраста и представил его «сочетанием собственно двигательной расторможенности, повышенной отвлекаемости» [24, с. 35]. Это исследование выполнено в направлении клинического подхода к проблеме. Автор отмечает: «Эти двигательные нарушения находятся в различных соотношениях и проявляются не постоянно, имеют ситуационный характер» [24, с. 35].

С. Betker рассматривает гиперактивность, как болезнь или недуг. Учёный пишет: «Повышенная двигательная активность не контролируемая, включает склонность ребенка быстро отвлекаться, находиться в постоянно беспокойном состоянии и тем самым провоцируется сложность концентрации внимания. У таких детей также могут быть проблемы

визуального восприятия, заключающиеся в неспособности правильно воспринимать смысл символа и печатного материала, а также проблемы эмоционального характера» [46, с.217]. Согласно этому подходу, для гиперактивного поведения не являются специфическими нарушениями визуального восприятия и эмоционального нарушения.

На основании проведенного анализа работ по клиническому направлению можно констатировать:

1. Незрелость мозга, его несовершенство, нарушения или расстройства его работы может являться у ребёнка психофизиологической основой гиперактивного поведения;

2. Проявление гиперактивного поведения у ребенка выражается избытком двигательной активности, нарушением эмоционального поведения и недостаточным развитием основных свойств внимания.

Следует рассмотреть проблему гиперактивности в психолого-педагогической литературе. Было выявлено, что в отечественной психологии достаточно мало работ, посвященных изучению только детей с гиперактивным поведением. Лишь некоторые исследования затрагивают отдельные характеристики детей с СДВГ.

В своих исследованиях О. Яскова дает характеристику холерическому темпераменту, близкому к исследуемому нами гиперактивному типу поведения: «ребенок активен, непоседлив, легко вступает в контакт с незнакомыми людьми, но если общение не интересно, тут же охладевает внимание, отвлекается. Он неусидчив и беспокоен, хватается за многие дела, но при снижении к ним интереса быстро отвлекается, меняет игру. Легко возбудим, часто вступает в конфликт» [45].

В работах П. Альтхерр дети с гиперактивностью называются «шустриками». «Ярко выраженный «шустрик» – это непоседливый, неугомонный, подвижный гиперактивный ребенок, его трудно приучить к порядку, ему с трудом удастся любая деятельность, сковывающая его активность. Такой ребенок испытывает затруднение при выполнении

задания, результат которого невиден сразу. Ему трудно удержать образ цели, так как цель изменяется несколько раз во время деятельности», - отмечает П. Альтхерр. [1, с. 158]

С. А. Степанов описывает такого ребёнка, как трудного, шумливого и подвижного. Она разделяет детей на две категории. «К одной из них относится излишне шумные, дерзкие, подвижные, агрессивные, неуправляемые, непослушные дети, к другой – вялые, медлительные, тихие, плаксивые, капризные, упрямые, не контактные дети» [37].

По мнению других исследователей (Т.А. Сунцова [38], Е.Ю. Федоренко [39].), гиперактивность выражается чрезмерной двигательной активностью и не зависит от возраста и пола. Как отмечает Е.Ю. Федоренко: «у детей при семейном алкоголизме синдром повышенной возбудимости и двигательной расторможенности проявляется при рождении и является одним из симптомов алкогольного синдрома плода. В дошкольных учреждениях трудности поведения постепенно нарастают и приобретают для ребенка характер привычного поведенческого стереотипа. К подростковому возрасту добавляются эмоциональная возбудимость, колебания настроения и трудности поведения» [39, с. 210].

В работе Л.Э. Кузнецовой подчеркивается, что у мальчиков, например: «более значительно выражены, чем у девочек, расторможенность, неусидчивость и моторные беспокойства. Это объясняется своеобразной мозговой организацией нейропсихологических процессов и повышенной уязвимостью леворуких по отношению к психотравмирующим факторам» [25].

Таким образом, можно отметить, что некоторые авторы считают причинами возникновения гиперактивности своеобразные природно - обусловленные предпосылки развития ребёнка, или индивидуальную особенность. Изученные нами материалы психологических исследований позволяют отметить значимость внешних, социальных факторов. В этом

контексте гиперактивность рассматривается как сформированный близкими взрослыми способ взаимодействия ребёнка с миром.

Проанализировав научные труды зарубежных и отечественных исследователей, нами были сделаны следующие выводы:

1. В большей степени изучение гиперактивности в основном носит клинический подход, где психофизиологическая основа гиперактивного поведения обусловлена незрелостью мозга, его несовершенством, нарушением и расстройством его работы.

2. Минимальные мозговые дисфункции (разной степени тяжести) не могут являться единственной причиной возникновения гиперактивности. Это требует психолого-педагогического подхода к изучению данного феномена поведения, его структуры и динамики, конкретных условиях воспитания и обучения ребёнка.

3. Большая часть исследований рассматривает гиперактивность как ряд симптомов, выражающихся в чрезмерной двигательной активности, нарушениях эмоционального поведения и основных свойств внимания.

4. В психологической литературе изучение гиперактивности сводится к уточнению этого понятия и его основных элементов. Однако, сегодня ещё остаются актуальными задачи по изучению динамики разных форм гиперактивности, рассмотрению причин гиперактивного поведения, а также поиску путей снижения гиперактивности в поведении у детей.

Наряду с этим, следует дать психологическую характеристику гиперактивного поведения у детей младшего школьного возраста.

Гиперактивность проявляется наиболее ярко у детей в старшем дошкольном и младшем школьном возрасте. «Именно в этот период осуществляется переход к ведущей деятельности - учебной, поэтому, усиливаются умственные нагрузки» [6]. Детям приходится продолжительно концентрировать своё внимание, достигать определенного результата, доводя работу до конца. В связи с этим, при продолжительной и систематической деятельности достаточно чётко проявляется гиперактивность. В это время

родителями осознаётся наличие отрицательных воздействий чрезмерной подвижности своего ребенка, неорганизованности и неусидчивости [6].

Следует выделить диагностические симптомы гиперактивности у детей, отмеченные психологами [8; 11; 40; 50]:

- произвольные движения руками и ногами, неумение спокойно сидеть на стуле;
 - неспособность ждать на месте, когда это необходимо;
 - быстрое отвлечение на посторонние предметы, звуки, действия;
 - наличие трудностей при ожидании своей очереди во время игры в детском коллективе;
 - ответы на вопросы даются, не задумываясь, не выслушав их до конца;
 - наличие трудностей при выполнении заданий, требующих повышенной концентрации внимания;
 - трудности удерживания внимания при выполнении заданий;
 - частая смена деятельности;
 - шумная и активная игровая деятельность, мешающая окружающим.
- другим, пристает к окружающим;
- складывается впечатление, что ребенок не слушает обращенную к нему речь;
 - рассеянность, влекущая за собой потерю вещей.

Наряду с этим, педагоги практики отмечают, что гиперактивные дети младшего школьного возраста имеют нарушенное внимание (не способны сосредоточить внимание длительное время на одном объекте, повышенная переключаемость внимания, снижена избирательность внимания), доминирование краткосрочной памяти, суетливость. По этой причине у гиперактивных младших школьников снижается интерес и целеустремлённость в учебной деятельности [4; 43].

Гиперактивный ребёнок импульсивен, тороплив, отличается шумным поведением, кроме того, при выполнении различных заданий такой ребёнок неряшлив, зачастую вклинивается в беседу других школьников и учителя. По

причине импульсивности такие дети часто затевают драки, поскольку импульсивность обусловлена дефицитом сдерживающего фактора. Импульсивность проявляется как в двигательной сфере, так и в речевой. Такой ребёнок не доводит начатое дело до завершения, бездумно без умолку болтает. Однако, не все дети с гиперактивностью имеют нарушения в поведении, и не у каждого непоседливого ребёнка присутствует этот синдром [5].

Существуют ещё некоторые характеристики, отличающие гиперактивного ребёнка: например, у него может быть нарушена координация движения и равновесие, трудности в выполнении движений с мелкими предметами.

Эмоциональное развитие гиперактивного ребенка также нарушено, что выражается то в излишнем веселье, то в отсутствии настроения. Зачастую, ребёнок с гиперактивностью одинок в детском коллективе, поскольку пытается руководить другими детьми и всем мешает и раздражает. Поэтому ему затруднительно находить коммуникативный контакт со сверстниками и со взрослыми. В силу нехватки времени взрослые не желают выслушивать ребёнка, отталкивают его от себя, чем только усугубляют его состояние [16].

С высокой эмоциональной напряженностью дети с гиперактивным поведением тяжело переживают трудности, обусловленные школьным обучением. На этом фоне у ребенка может появиться неадекватная самооценка и негативизм в отношении школы и могут возникнуть невротоподобные и психопатоподобные расстройства [16].

Данные расстройства усиливают школьную дезадаптацию, могут привести к формированию негативной «Я-концепции» и зависят от окружающей ребенка среды, условий для его коррекции в атмосфере внимания и поддержки.

Гиперактивности сопутствует дефицит внимания, поэтому ребёнок не может сконцентрироваться на определённой деятельности, его внимание рассеивается на посторонние объекты, вследствие чего он не имеет

возможность выполнить поставленную задачу за отведённое время, получает низкую отметку, самооценка ребёнка снижается, имеют место быть конфликты с родителями и учителями [48].

Поведение на уроках также специфично: сидя за партой такой ребёнок может подкладывать ногу на сидение стула, привставать, перекладывать учебные принадлежности на парте. Гиперактивный ребёнок зачастую выкрикивает ответ, не дослушав вопрос учителя, часто отпрашивается в туалет [4].

Целесообразно эти признаки сгруппировать по направлениям:

- излишняя двигательная активность;
- импульсивность;
- невнимательность и повышенная отвлекаемость.

В случае, когда имеют место быть восемь из всех симптомов, диагноз считается точным [10]. Таким образом, гиперактивные дети обладают достаточно хорошими умственными способностями, однако, им характерно недостаточное развитие речи и тонкой моторики рук, сниженный интерес к учебной деятельности.

Итак, дети с гиперактивностью характеризуются непоследовательностью, двигательной расторможенностью и неловкостью, импульсивностью. Эти факты оказывают влияние на адаптацию в детском коллективе, осложняют взаимодействие со сверстниками, дома - с родственниками.

1.2 Подходы к коррекции гиперактивного поведения младшего школьного возраста

В последние годы достигнуты большие успехи в изучении синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей. Дети с синдромом дефицита внимания имеют нормальный или высокий интеллект, однако, как правило, плохо учатся в школе. Помимо трудностей обучения, синдром дефицита

внимания проявляется двигательной гиперактивностью, дефектами концентрации внимания, отвлекаемостью, импульсивностью поведения, проблемами во взаимоотношениях с окружающими [3].

Современный взгляд на проблему коррекции проявлений синдрома дефицита внимания и гиперактивности предусматривает комплексный подход, включающий медикаментозные и немедикаментозные методы, которым, в частности, относятся модификация поведения, психотерапия, педагогические и нейропсихологические коррекционные методики и др.

Система лечения и наблюдения детей с гипердинамическим синдромом разработана недостаточно, что обусловлено неясностью патогенеза заболевания. Выделяют немедикаментозные и медикаментозные методы коррекции.

Некоторые медики настаивают на лекарственной терапии, полагая, что лекарственные препараты «ускорят созревание высших мозговых функций (логическое мышление, абстрактное мышление, произвольное внимание и т д), будут способствовать улучшению обменных процессов в мозговых тканях» [4]. Для этого используют препараты нескольких фармакологических групп. За рубежом в лекарственной терапии гипердинамического синдрома в основном применяют препараты из группы амфетаминов. В качестве успокаивающих средств применяются различные бромиды, настойки пустырника, валерианы или корня пиона. По данным исследований, использование комплексной лекарственной терапии позволяет удовлетворительно компенсировать проявления синдромов в 50-60 % случаев [6].

Другая группа врачей признает ограниченную действенность лекарственной терапии, но справедливо указывает на «то, что действие лекарств на синдром возможно только в условиях их непрерывного приема. Если прекращается прием лекарств, то все проявления синдрома тут же возвращаются» [6]. Следовательно, если диагноз «гипердинамический синдром» установлен в пять лет, а условная компенсация синдрома

произойдет в пятнадцать, то получается, что ребенок должен принимать соответствующие препараты в течение десяти лет. Даже если побочные действия препарата сведены к минимуму, то все равно этот срок кажется слишком большим и небезопасным для всех метаболических процессов. Поэтому данная группа врачей предлагает сделать акцент на не медикаментозной коррекции. Она, по их мнению, должна быть сугубо индивидуальной в зависимости от характера имеющихся расстройств, возраста ребенка и наличия сопутствующих заболеваний [6].

Не медикаментозная коррекция включает в себя методы модификации поведения, психотерапию, педагогическую и нейропсихологическую коррекцию. Ребенку рекомендуется щадящий режим обучения - минимальное количество детей в классе (идеально не более 12 человек), меньшая продолжительность занятий (до 30 мин), пребывание ребенка на первой парте (контакт глаз учителя и ребенка улучшает концентрацию внимания) [16].

Важным с точки зрения социальной адаптации является также целенаправленное и длительное воспитание у ребенка социально поощряемых норм поведения, так как поведение некоторых детей носит черты асоциального. Необходима психотерапевтическая работа с родителями, чтобы они проявляли больше понимания и терпения в своих воспитательных мероприятиях и не расценивали поведение ребенка как «хулиганское» [35]. Родителям следует предоставлять гиперактивному ребёнку возможность расходовать избыточную энергию в физических упражнениях, длительных прогулках, беге следить за соблюдением его режима дня (время приема пищи, выполнение домашних заданий, сон). Избегать утомления при выполнении заданий, чтобы не усиливать гиперактивность [35].

Исключение или ограничение участи детей в мероприятиях, связанных со скоплением большого числа людей, послужит для снижения возбудимости. Так как ребенок испытывает сложности в концентрации

внимания, нужно давать ему только одно задание на определенный промежуток времени.

В.А. Красов говорит о немедикаментозной терапии, которая: «обязательно должна быть комплексной, она обычно включает в себя также массаж, лечебную физкультуру и мануальную терапию позвоночника. Последнее, необходимо потому, что многие проявления гипердинамического синдрома связаны с нарушением мозгового кровообращения» [24, с.35].

Автор поясняет: «нейропсихологический подход представляет собой метод коррекции, когда с помощью различных упражнений мы возвращаемся на предыдущие этапы онтогенеза и заново выстраиваем те функции, которые сформировались архаично неправильно и уже закрепились. Для этого их нужно, как любой другой неэффективный патологический навык, целенаправленно раскрыть, растормозить, разрушить и создать новый навык, который более соответствует эффективной работе. И это осуществляется на всех трёх этажах мыслительной деятельности» [24, с.35]. «Это трудоёмкая длительная работа, рассчитанная на срок до девяти месяцев. И тогда мозг начинает работать более эффективно, с меньшими энергетическими затратами. Убедительных доказательств эффективности этого подхода в настоящее время не существует» [24].

О. Яскова описывает ещё «один современный способ лечения гипердинамического синдрома, который связан с применением биологической обратной связи (БОС), так называемого «нейрофидбека»» [45]. Автор поясняет: «с помощью специальной аппаратуры ребенок получает возможность следить на экране за своей электроэнцефалограммой (ЭЭГ) и каким-то образом ее изменять. Изменяя ЭЭГ, он тем самым изменяет и электрическую активность своего мозга» [45, с.113]. Сторонники этого метода лечения «утверждают, что с помощью биологической обратной связи можно достичь стойкого улучшения и даже полного исправления нейрофизиологического дефекта» [45].

«Использование нейробиофидбека позволяет приблизительно 60 % пациентов достигать улучшения способности планировать, организовывать свою деятельность, понимать последствия неприемлемого поведения. В основном этот метод используется на Западе, но в последние годы и в нашей стране, в Санкт-Петербурге, появились группы врачей-исследователей, занимающихся этой проблемой и разрабатывающих методики БОС для различных нарушений и заболеваний. Несомненным достоинством БОС является то, что при ее применении в организм не вмешивается ничего извне» [45].

«Наряду с этим, для лечения СДВГ применяется бихевиоральная терапия. В России этот метод не развит и практически не применяется. Суть бихевиоральной терапии в том, что в какие-то тонкие причины и механизмы явления никто не вникает. Ребенка просто учат вести себя правильно классическими методами. Если ребёнок правильно себя ведет – его поощряют, если неправильно – порицают. По данным западных бихевиоральных терапевтов, улучшение наступает в 40-60 % случаев, в зависимости от сопутствующих заболеваний и интенсивности проявления» [49].

Но, прежде всего, правильное воспитание в семье, учитывающее особенности гиперактивных детей, психологическая коррекция, лечебное питание и лечебная физкультура являются неоспоримыми помощниками детям с признаками гиперактивности.

1.3 Арт-терапия как средство снижения признаков гиперактивного поведения детей младшего школьного возраста

Термин «арт-терапия» с английского языка переводится, «как «лечение, основанное на занятиях художественным творчеством», или «использование искусства как терапевтического фактора». Термином «арт-терапия» обозначают совокупность видов искусства, применяемых при

психокоррекции, и сам метод или комплекс методик» [2]. По мнению А.И. Копытина: «Арт-терапия как метод предполагает использование тех или иных приемов, которые направлены на обучение ребёнка, помогают видеть в своей изобразительной деятельности определённый смысл, развивают способности к ведению «внутреннего диалога», к интроспекции и рефлексии» [2, с. 336].

Исцеляющую силу искусства отмечали ещё античные мудрецы Сократ, Платон и Пифагор, которые подчеркивали терапевтическое влияние искусства на человеческий организм. Искусство влияет положительно на все сферы и механизмы жизнедеятельности человека [20]. Целая плеяда отечественных и зарубежных учёных (З. Фрейд, Р. Арнхейм, Г. Рид, Э. Крамер, Э. Крис, К. Юнг, М. Люшер и др.) изучала степень влияния искусства на человека. В своих трудах исследователи рассматривали возможность психического оздоровления человека методами искусства [27; 36].

Следует сказать, что М. Люшер осуществил усовершенствование применения цвета в психодиагностике, И. Якоби и К. Юнг и явились разработчиками теории о соответствии цвета определенным психическим функциям человека. Актуальные переживания ребенка и его мысли, по мнению исследователя М. Наумбург, отражают образы, которые он изображает [29].

Т. Кампанелла, Я.А. Коменский уделяли «разработке законов воспитательной деятельности, повышению роли искусства в развитии и воспитании достаточно большое внимание. Ими были изучены процессы самопознания и саморазвития искусством» [29]. Р. Штайнер предложил включить в учебно-воспитательный процесс предметы художественно-эстетического цикла при организации обучения в начальном звене [47].

Сегодня существует целый ряд разнообразных форм, видов и методов арт-терапии, применяемых в психологической практике. К наиболее

эффективным из них следует отнести: рисуночную терапию, музыкальную терапию, библиотерапию, танцевальную терапию, терапию киноискусства.

Целесообразно отметить, что арт-терапия имеет свой механизм воздействия на психологию человека, она основана на символической функции мышления и воображения, которые являются основными составляющими психологических способностей человека.

Ещё в 19 веке арт-терапия использовалась, как метод психокоррекции и оптимизации сенсомоторных способностей, а также для развития наглядно-действенного и наглядно-образного мышления у детей с интеллектуальными нарушениями [21].

Активное развитие арт-терапия получила в рамках психодинамического подхода, при невротических расстройствах личности. З. Фрейд видел в арт-терапии: «особый вид сублимации, выражающей бессознательные влечения и переживания личности в художественных образах» [41].

В рамках аналитической психологии К.Г. Юнг рассматривает арт-терапию, как: «колоссальное средство гармонизации и самореализации личности через достижения целостности коллективного бессознательного и личного» [49]. Р. Мэй предложил «рассматривать искусство как главное средство индивидуализации личности, объединяющее гуманистическую модель развития личности» [31].

В 20 веке арт-терапию применяли для коррекции трудностей личностного развития детей и подростков, испытавших стресс и насилие в фашистских лагерях. Таким образом, на сегодняшний день она применяется и как самостоятельный метод, и как метод, дополняющий другие техники. Следует перечислить механизмы арт-терапии, заложенные в основу коррекционного воздействия [32]:

- символическое реконструирование;
- «отстранение»;
- эмоциональная децентрация;

- катарсис;
- присвоение социально-нормативных личностных смыслов.

Последовательность прохождения психокоррекционного процесса обеспечивается этими механизмами. Каждая ступень решает свою особую коррекционную задачу. Например, механизм символического реконструирования способствует созданию психотравмирующей конфликтной ситуации и нахождению ее решения посредством переструктурирования имеющейся проблемы [32].

Далее, механизм «остранения» направлен на выделение в объекте его малозначимых элементов через включение в необычный контекст. Эти механизмы позволяют увидеть новые стороны реальности, порождают новые ее значения и создают благоприятные условия для творческого конструктивного решения проблемы [32].

Механизм эмоциональной децентрации: «даёт возможность личности увидеть свою проблему со стороны глазами всех ее участников, выйти за пределы эмоциональной «связанности» и «сужения поля ориентировки»» [32, с.328].

Высокий уровень эмоционального реагирования обеспечивает механизм катарсиса в арт-терапии. По мнению Э. Крамер: «Этот механизм основан на искусстве, как преодолении формы содержания, позволяющего изменить действие «аффекта от мучительного к приносящему наслаждение» [23, с.320].

«Механизм присвоения социально-нормативных личностных смыслов Э. Крамер видит в восстановлении коммуникативных связей с окружающим миром, что даёт возможность человеку побороть чувство одиночества и установить взаимопонимание в межличностном общении» [23].

Итак, арт-терапия является одним из самых эффективных средств снижения тревожности и импульсивности, гармонизации и развития личности. Этот метод достаточно мягко корректирует психику и эмоционально-волевую сферу ребёнка, предоставляя при этом максимальную

степень свободы. Таким образом очевидно, что арт-терапия обладает существенными преимуществами перед другими формами психотерапевтической работы.

Арт-терапия способствует осуществлению профилактики и самокоррекции негативных психоэмоциональных состояний, снижает гиперактивность, тревожность и способствует гармонизации отношений. Её можно отнести к средствам невербального общения, что является достаточно важным для лиц, избегающих коммуникативного контакта, проявляющих различные типы тревожных реакций. Арт-терапия доступна каждому ребенку, поскольку она не требует способностей или художественных навыков [26].

Арт-терапия, «имея тесную связь с лечебной практикой, характеризуется больше психопрофилактической, социализирующей и развивающей направленностью. За время своего существования арт-терапия усвоила достижения психологии и педагогики, культуры и социологии» [26].

В последние годы, начальное школьное образование активно внедряет инновационные формы и методы оздоровления детей. Одним из современных направлений в оздоровлении младших школьников является метод арт-терапии. Применяя эту инновационную методику, педагоги ставят такие задачи, как:

- самовыражение и самопознание посредством гармонизации развития личности ребёнка;
- «приемлемый выход агрессивности и негативных чувств;
- гармонизация отношений между ребёнком и педагогом, детским коллективом;
- развитие чувства внутреннего контроля;
- концентрация внимания на ощущениях и чувствах;
- снижение гиперактивности в поведении» [19].

Как и другие педагогические инновации, арт-терапия имеет следующие признаки [19]:

- «комплексность теоретических и практических идей, инновационных технологий, отражающих ее сущность;
- многоаспектность связей с социальными, психологическими и педагогическими явлениями;
- некоторая обособленность от других элементов педагогической деятельности;
- своя история возникновения и развития;
- способность к интеграции и трансформации» [19].

Арт-терапия направлена, прежде всего, на решение психологических и педагогических проблем. На сегодняшний день арт-терапия включает в себя [18]:

- «изобразительную терапию (воздействие средствами искусства: рисованием, лепкой, декоративно-прикладным искусством и др.);
- библиографическую терапию (воздействие чтением);
- имаготерапию (воздействие через образ, театрализацию);
- музыкотерапию (воздействие через восприятие музыки);
- вокальную терапию (пение);
- кинезиологическую терапию (танцетерапия, хореотерапия, коррекционная ритмика – лечебное воздействие движениями и т.д.);
- игротерапию;
- маскотерапию;
- песочную терапию;
- сказкотерапию (воздействие чтением, театрализацией);
- цветотерапию» [18].

Применяя метод арт-терапии, следует соблюдать следующие условия [18]:

- организация творчества, которое несло бы для ребенка радость;
- работа без принуждения;
- занимаясь арт-терапией, у педагога и ребёнка должно быть хорошее настроение;

- стимулирования стремления к творчеству у ребенка, и если оно возникло, следует преподнести его, как очень важное и радостное дело.
- стремиться к тому, чтобы инициатива творчества исходила от самого ребенка;

На занятиях по арт-терапии используются различные материалы: краски, глина, природные материалы, клей и другие. Арт-терапия может применяться в индивидуальной и в групповой формах.

Рисование (изобразительное творчество) является одним из основных методов арт-терапии. Оно основано на особой «сигнальной цветовой системе», которая позволяет ребёнку передавать своё эмоциональное состояние при помощи цвета. Например, как описывает Н. В. Васик: «Яркие краски выражают творческое начало и позитивное эмоциональное состояние, преобладание пастельных тонов свидетельствует о высокой чувствительности. Цвета, их расположение, игра красок - это особый язык, это скорее рисунок души, отражающий ее состояние. Конкретные методы изотерапии подбираются в зависимости от состояния и возможностей ребенка» [9, с. 223].

Итак, изотерапия помогает ребёнку в самопознании, налаживании взаимопонимания в обществе. В процессе рисования, ребёнок отражает своё личное восприятие определённой ситуации, передавая свои переживания. Изобразительная терапия помогает создать положительную мотивацию в работе с детьми, создаёт ситуацию успеха, способствует преодолению детских страхов, воспитывает чувство взаимовыручки, взаимопомощи, развивает фантазию, усидчивость, дисциплинированность и внимание [7].

Следующие арт-терапевтические техники будут наиболее эффективными в работе с младшими школьниками [15].

«Техника «мандала» – рисование в круге, представляет собой спонтанную работу с формой и цветом внутри круга. Эта техника помогает улучшить эмоциональное состояние человека и способствует его личностному росту» [15].

«Техника направленной визуализации основана на управлении воображением ребенка» [15].

«Техника образа и пластики настроения подразумевает работу с пластичным материалом (пластилин, тесто, глина), способствует снятию мышечного напряжения, снижению гиперактивности, формированию творческой активности» [15].

«Техника работы с песком хорошо снимает агрессию и двигательную расторможенность, дает возможность для выражения различной гаммы чувств» [15].

«Техника рисования на стекле проводится с группой детей, способствует развитию коммуникативных навыков» [15].

«Техника фотоколлажа и аппликаций снимает мышечное напряжение, снижает гиперактивность, развивает абстрактное мышление» [15].

Техника телесно-ориентированной терапии включает в себя элементы кинезиологии, биоэнергопластики.

Музыкальная терапия.

Таким образом, методы арт-терапии в работе педагога начального звена обучения позволяют получить следующие позитивные результаты:

- эффективная релаксация эмоционально-волевой сферы ребёнка;
- снижение гиперактивности в поведении;
- создание благоприятных условий для развития произвольности и способности к саморегуляции;
- способствует повышению самооценки и дисциплинирует ребёнка;
- создание условий для творческого развития ребёнка.

Выводы по первой главе

Незрелость мозга, нарушение и расстройство его работы является психофизиологической основой гиперактивного поведения, которое

проявляется в сочетании трех симптомов: чрезмерной двигательной активности, нарушении эмоционального поведения и недостаточной сформированности основных свойств внимания.

В психологической литературе изучение гиперактивности сводится к уточнению этого понятия и его основных элементов. Однако, сегодня ещё остаются актуальными задачи по изучению динамики разных форм гиперактивности, рассмотрению причин гиперактивного поведения, а также поиску путей снижения гиперактивности в поведении у детей.

Дети с гиперактивностью обладают достаточно хорошими интеллектуальными способностями, имеют недостаточность речевого развития и тонкой моторики, отличаются сниженным интересом к приобретению учебных навыков, его отсутствием к занятиям, требующим внимания. Этим детей отличает непоследовательность, импульсивность и непредсказуемость.

Применение методов арт-терапии в работе педагога начального звена обучения с гиперактивными детьми способствует: релаксации эмоционально-волевой сферы ребёнка, снижению гиперактивности в его поведении, созданию благоприятных условий для развития произвольности и способности к саморегуляции, повышению самооценки и дисциплинированности младшего школьника.

Глава 2 Экспериментальное исследование возможностей использования арт-терапии для коррекции гиперактивности у детей младшего школьного возраста

2.1 Организация и методы исследования

Эмпирическое исследование гиперактивного поведения детей старшего дошкольного возраста проводилось на базе Муниципального автономного общеобразовательного учреждения «Средняя общеобразовательная школа № 20» Оренбургской области, Кваркенского района, п. Красноярский. В нем принимали участие школьники 1А и 1Б классов в количестве 50 детей в возрасте 7 лет.

Цель экспериментального исследования: выявление уровня гиперактивного поведения детей в младшем школьном возрасте и изучение возможностей применения арт-терапии для его коррекции.

Экспериментальное исследование было проведено по экспериментальному плану, предполагающему наличие контрольного и формирующего эксперимента с введением в образовательный процесс методов арт-терапии на уроках изобразительного искусства и в работе кружка «Русский фольклор». Схема такого эксперимента строилась на сравнении показателей, полученных в марте 2021 года (первый этап) посредством констатирующего эксперимента с показателями формирующего эксперимента, проведённого в апреле 2021 года (второй этап).

Для диагностирования школьников были использованы следующие методы и методики исследования: беседа с детьми, наблюдение за детьми, методики Н.И. Гуткиной «Вежливость», «Обведение контуров» [10] и Н.Н. Заваденко «Ходьба по линии и удерживание равновесия» и «Чередование движения конечностей» [13].

Метод наблюдения используется с целью отслеживания за поведением детей, их реакциями на то или иное воздействие, как они выполняют задания и их отношение к этим заданиям [34].

Представим основные параметры, на которые следует обращать внимание при наблюдении: суетливость, способность усидеть на месте, количество и целенаправленность движений, поведение в процессе игры, склонность к болтливости, умение выслушивания собеседника, умение вести себя в детском коллективе, сосредоточенность и концентрация внимания при выполнении какого-либо действия\задания, умение доводить начатое дело до завершения, отношение к заданиям, требующим постоянного внимания, организованность.

С целью установления контакта с детьми используется метод беседы, который поможет определить понимает ли ребёнок суть задания и вопросы, в чём он затрудняется [22].

При интерпретации результатов исследования необходимо использовать как количественный анализ, так и качественный, поскольку у детей с гиперактивностью присутствует нарушение внимания, что непосредственно сочетается с двигательной активностью [28].

Мы провели наблюдение за детьми младшего школьного возраста по двум направлениям: нарушения внимания и гиперактивность, основываясь на стандартных диагностических критериях, разработанных Американской психиатрической ассоциацией в 2007 году, согласно которых признаками гиперактивности считаются [30]:

- суетливость;
- неспособность усидеть на месте;
- чрезмерная двигательная активность;
- беспокойство в игре, на досуге;
- «вечный двигатель»;
- повышенная болтливость;
- отвечает на вопрос, не подумав и не дослушав его;

- невозможность ожидания своей очереди;
- неумение вести себя в разговоре (прерывает, мешает).

Признаками нарушения внимания считаются [30]:

- невозможность сосредоточиться, допускает много ошибок;
- трудности в удерживании внимания в различных ситуациях;
- быстрая отвлекаемость;
- невозможность выполнить до конца поставленную задачу;
- слушает, но кажется, что не слышит.
- избегание выполнения задач, требующих постоянного внимания.
- низкая организованность;
- растерянность;
- забывчивость.

Наличие у ребёнка шести из девяти признаков в каждом направлении говорит о диагнозе СДВГ.

Для выявления уровня гиперактивности у детей мы использовали методики Н.И. Гуткиной и Н.Н. Заваденко. Рассмотрим данные методики подробно.

Методика «Вежливость». Цель: выявление уровня произвольности внимания детей.

«Процедура проведения: экспериментатор просит ребенка выполнять только те команды, в которых звучит слово «пожалуйста». Задания основаны на физических упражнениях» [10].

Речевой материал: ««руки к плечам, пожалуйста»; «прыгай»; «руки вперед»; «руки на пояс, пожалуйста»; «присядь»; «руки в стороны»; «прыгай, пожалуйста»; «перестань прыгать, пожалуйста»» [10].

Оценивание задания следует проводить согласно критериям, представленных в таблице 1.

Таблица 1 - Критерии определения уровня выполнения задания

уровень выполнения задания	характеристика выполнения
хороший	не допущено ни одной ошибки
средний	допущена одна ошибка
не справился с заданием	допущено более одной ошибки

Методика «Обведение контура» (Приложение А). «Цель: выявление уровня концентрации внимания и моторно-двигательного развития ребёнка» [10].

«Процедура проведения: экспериментатор размещает перед ребенком рисунок с изображением наложенных друг на друга геометрических фигур. Ребёнок должен обвести каждую фигуру цветным карандашом» [10].

Оценивание производится в баллах, с учётом скорости и точности выполнения согласно приложению (Приложение Б).

Для определения уровня концентрации внимания и моторно-двигательного развития детей следует обратиться к таблице 2.

Таблица 2 - Критерии характеристики уровня концентрации внимания и моторно-двигательного развития детей

уровень	баллы
очень высокий	10
высокий	8-9
средний	4-7
низкий	2-3
очень низкий	0-1

Согласно данным таблицы 2, чем ниже уровень концентрации внимания и моторно-двигательного развития ребёнка, тем выше у него склонность к гиперактивному поведению.

Методика Н.Н. Заваденко включает в себя две пробы: ходьба по линии и удерживание равновесия; чередование движений конечностей [13].

«Результаты выполнения оцениваются в баллах. В ходе проб экспериментатор фиксирует баллы за выполнение каждого задания, затем их суммирует. Баллы выставляются: за выполнение заданий пробы 1 и пробы 2, также выставляется общая оценка. Кроме того, в пробе 2 отмечается время выполнения двадцати последовательных движений» [13].

Методика «Ходьба по линии и удерживание равновесия». Цель: выявление гиперактивного поведения детей.

Процедура проведения методики: ребенку предлагается выполнить 10 шагов по линии (ширина 5 см. и длина 2,5 – 3 м), начерченной на полу. «Шаги должны быть равномерные, не слишком большие. Также фиксируются избыточные движения (вспомогательные, балансирующие движения руками) и число ошибок (отступление от линии, опора на всю подошвенную поверхность стопы)» [13]. За каждую допущенную ошибку начисляется по 1 баллу (Приложение В).

Оценка даётся в баллах в зависимости от скорости и точности выполнения задания согласно таблицы 3.

Таблица 3 – Критерии оценки выполнения задания

баллы	затраченное время на выполнение
0	20 и более секунд
1	от 15 до 19 секунд
2	от 10 до 14 секунд
3	от 0 до 9 секунд

Также заполняют протокол, в котором фиксируются вспомогательные установки рук, тенденция к падению, за наличие которых начисляется по 1 баллу, согласно таблицы 4.

Таблица 4 – Критерии оценки выполнения задания

задание	оценка в баллах			
	20 с.	19-15 с.	14-10 с.	9-0 с.
	0	1	2	3
Проба Ромберга (глаза закрыты, ступни стоят рядом, руки вытянуты вперед, пальцы разведены): а) вспомогательные установки рук; б) тенденция к падению				
Усложненная проба Ромберга (глаза закрыты, пятка приставлена к носку, руки вытянуты вперед, пальцы разведены): а)вспомогательные установки рук; б)тенденция к падению				
Стояние на правой ноге (руки опущены вниз, левая нога поднята и согнута в колене): а) вспомогательные установки рук; б)тенденция к падению				
Стояние на левой ноге (руки опущены вниз, правая нога поднята и согнута в колене): а) вспомогательные установки рук; б)тенденция к падению				

Методика «Чередование движения конечностей» направлена диагностику моторно-двигательного развития и гиперактивности детей.

Процедура проведения методики: ребенку предлагается выполнить серию движений, сидя на стуле, касаясь пола всей поверхностью ступни. Вначале экспериментатор показывает серию движений, ребёнок должен их повторить. Движения выполняются ритмично много раз и достаточно быстро.

«С помощью секундомера оценивается время и качество выполнения движений. Отмечается наличие одновременных лишних движений, избыточности движений по амплитуде и нарушений ритма при повторении движений: 0 баллов – нет; 1 балл – есть» [13].

В течение процедуры диагностики заполняется следующий протокол (таблица 5), в котором фиксируются баллы за выполнение движений.

Таблица 5 – Протокол моторно-двигательного развития и гиперактивности детей

задание	время выпол нения в секун дах	движен ия головы , конечн остей	орофац иальны е	зеркал ьные	гиперме ртрия движени й	дизрит мия движен ий
Постукивание носком стопы о пол: справа слева						
Хлопки ладонью по колену: справа слева						
Удары указательным пальцем о большой палец: справа слева						
Последовательн ые удары 2 – 5- го пальцев о большой палец справа слева						

При оценке следует учитывать сопутствующие движения головой и других конечностей), сокращения мышц лица (мимических) и мышц вокруг рта, подобные движения в противоположной конечности.

Далее, полученные результаты необходимо сравнить с результатами нормотипичных детей (Приложение Г) и сделать выводы.

Таким образом, нами был выполнен подбор методов и методик исследования гиперактивности у младших школьников.

2.2 Интерпретация результатов исследования

Прежде всего был установлен коммуникативный контакт с детьми, проведена беседа с целью определения того, как они понимают суть заданий и вопросов, в чём испытывают затруднения.

Все обследуемые школьники шли легко на контакт, отвечали на наши вопросы, касающиеся их семьи, природы, погоды и т.д. В процессе беседы выявлено, что у 72% обследуемых детей отмечаются логические ответы на поставленные вопросы, вопросы дослушиваются до конца и даются неторопливые ответы, у 28% обследуемых детей наблюдается двигательное беспокойство (ёрзание на стуле, постукивание рукой по столу), не дослушав вопрос, дети давали ответ.

Метод наблюдения мы использовали с целью проследить за поведением детей, их реакциями на то или иное воздействие, как они выполняют задания и их отношение к этим заданиям. Наблюдение проводилось как в ходе беседы, так и при проведении уроков, при выполнении заданий, поручений, в контакте с детским коллективом).

Согласно приведённым выше признакам гиперактивности и нарушения внимания мы заполнили карту наблюдений за деятельностью обследуемых детей 1А класса (Приложение Д).

Анализируя полученные результаты, занесённые карту наблюдений, можно констатировать, что:

- 24% обследуемых детей (6 человек) проявили чёткие признаки гиперактивности (выделены жёлтым цветом);
- 20% детей (5 человек), которые входят в вышестоящий количественный показатель, отмечены нами в ходе метода беседа, как наиболее невнимательные;
- у 64% обследуемых детей (16 человек) практически не наблюдаются вышеперечисленные признаки гиперактивности и нарушения внимания;
- у 12% обследуемых детей (3 ребёнка) были отмечены некоторые из признаков гиперактивности и нарушения внимания, но критической отметки они не достигли и не могут служить для постановки диагноза – синдром гиперактивности и дефицита внимания.

Далее представим карту наблюдений за деятельностью детей 1Б класса в виде таблицы (Приложение Ж).

Анализируя полученные результаты, занесённые в карту наблюдений, следуют выводы:

- 32% обследуемых детей (8 человек) имеют явные признаки гиперактивности (выделены зелёным цветом);
- 28% (7 детей) входят в вышестоящий количественный показатель выделены в ходе метода беседа, как наиболее невнимательные и суеверные.
- у 48% обследуемых детей (12 человек) практически не наблюдаются вышеперечисленные признаки гиперактивности и нарушения внимания;
- у 20% обследуемых детей (5 человек) отмечаются некоторые из признаков гиперактивности и нарушения внимания, но критической отметки они не достигли и не могут служить для постановки диагноза – СДВГ.

На рисунке 1 представим полученные результаты наблюдения за поведением детей 1А и 1Б классов в виде диаграммы.

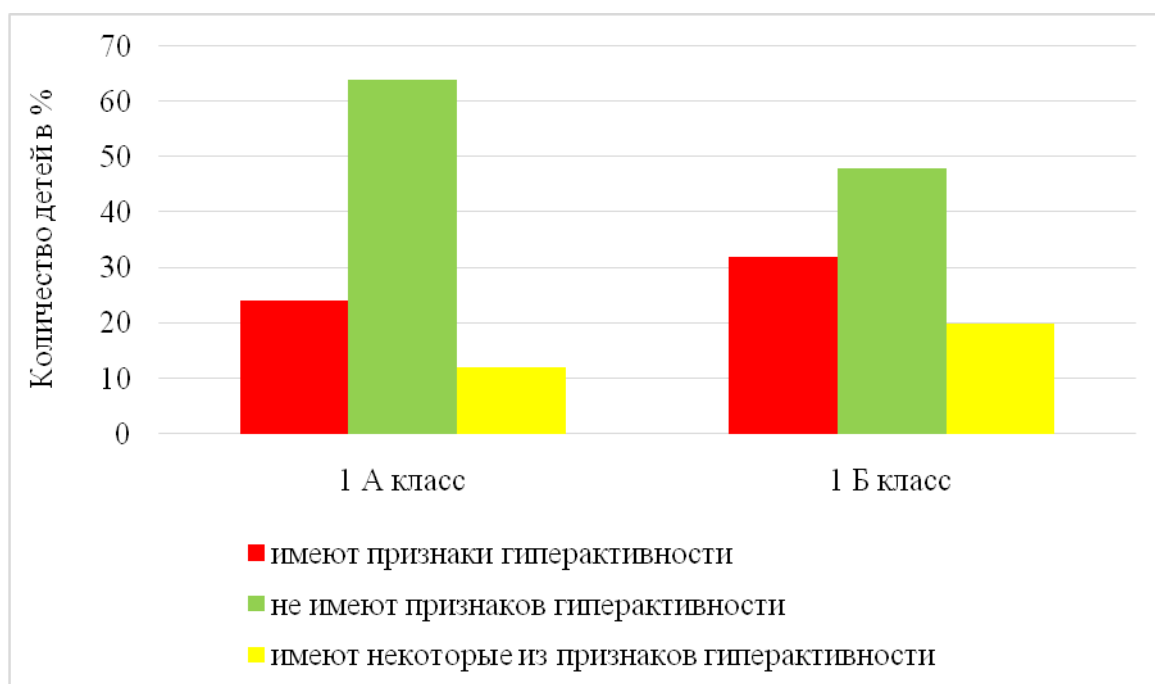


Рисунок 1 – Результаты наблюдения за поведением детей на констатирующем этапе эксперимента

Далее была проведена диагностика произвольности внимания младших школьников по методике «Вежливость» с детьми 1А класса, с целью определения степени их склонности к гиперактивному поведению. Результаты которой отмечены в таблице 6.

Таблица 6 – Результаты диагностики произвольности внимания детей контрольной группы по методике «Вежливость»

уровень выполнения	количество допущенных ошибок	количество обследуемых детей в %
хороший	0	56
средний	1	24
низкий	более 1	20

Таким образом, по итогам вышеописанной методики 20% обследуемых детей имеют низкий уровень выполнения задания, тем самым подтверждая результаты предыдущего исследования. В 20% вошли именно те же школьники, что и при наблюдении за их деятельностью.

Далее были диагностированы дети 1Б класса (таблица 7).

Таблица 7 – Результаты диагностики произвольности внимания детей 1Б класса по методике «Вежливость»

уровень выполнения	количество допущенных ошибок	количество обследуемых детей в %
хороший	0	48
средний	1	20
низкий	более 1	32

Целесообразно представить полученные результаты в виде диаграммы на рисунке 2.

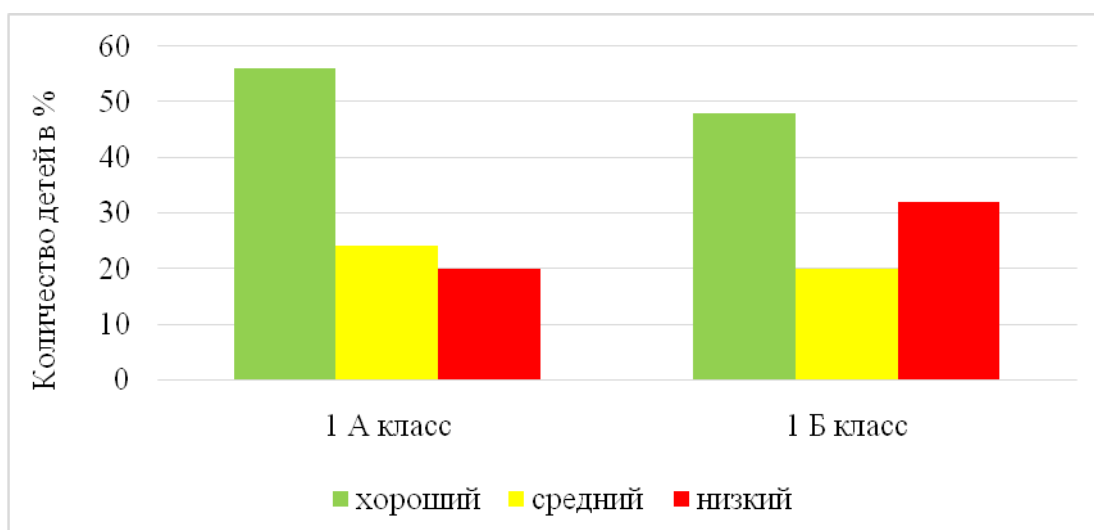


Рисунок 2 – Уровень произвольности внимания детей на констатирующем этапе эксперимента

Затем была проведена диагностика уровня концентрации внимания и моторно-двигательного развития детей по методике «Обведение контура» с целью оценки гиперактивности поведения у младших школьников. Полученные результаты представлены в таблице 8.

Таблица 8 – Результаты детей 1 А класса по методике «Обведение контура»

количество детей в %	количество баллов	характеристика уровня концентрации внимания
36	10	очень высокий
24	8-9	высокий
24	4-7	средний
12	2-3	низкий
4	0-1	очень низкий

Анализируя результаты данной таблицы, следуют выводы.

У 60% детей контрольной группы уровень концентрации внимания и моторно-двигательного развития находится на очень высоком и высоком уровнях;

24% детей имеют средний уровень концентрации внимания и моторно-двигательного развития;

16% детей контрольной группы обладают низким и очень низким уровнем концентрации внимания и моторно-двигательного развития.

Далее представим результаты детей 1Б класса в таблице 9.

Таблица 9 – Результаты детей 1 Б класса по методике «Обведение контура»

Количество детей в %	Количество баллов	Характеристика уровня концентрации внимания
32	10	очень высокий
16	8-9	высокий
20	4-7	средний
16	2-3	низкий
16	0-1	очень низкий

На основании полученных результатов, следуют выводы:

- у 32% обследуемых детей очень высокий уровень концентрации внимания и моторно-двигательного развития;
- 16% обследуемых детей имеют высокий уровень концентрации внимания и моторно-двигательного развития;
- у 20% - отмечается средний уровень концентрации внимания и моторно-двигательного развития;
- у 32 % обследуемых детей зафиксирован низкий и очень низкий уровень концентрации внимания и моторно-двигательного развития, а значит эти дети имеют склонность к гиперактивному поведению.

Далее представим в таблице 10 результаты детей 1 А класса по методике «Ходьба по линии и удерживание равновесия».

Таблица 10 – Результаты исследования детей 1 А класса

задание	получили оценку в баллах			
	20 с.	19-15 с.	14-10 с.	9-0 с.
	0	1	2	3
Проба Ромберга (ступни ставятся рядом, глаза закрыты, руки вытянуты вперед, пальцы разведены): а) вспомогательные установки рук; б) тенденция к падению	60 %	24%	0	16%
Усложненная проба Ромберга (пятка приставлена к носку, глаза закрыты, руки вытянуты вперед, пальцы разведены): а)вспомогательные установки рук; б)тенденция к падению	60 %	24%	4%	12%
Стояние на правой ноге (руки опущены вниз, левая нога поднята и согнута в колене): а)вспомогательные установки рук; б)тенденция к падению	60 %	24%	8%	8%

Продолжение таблицы 10

задание	получили оценку в баллах			
	20 с.	19-15 с.	14-10 с.	9-0 с.
	0	1	2	3
Стояние на левой ноге (руки опущены вниз, правая нога поднята и согнута в колене): а) вспомогательные установки рук; б) тенденция к падению	60 %	24%	0	16%

Таким образом: 16 % из обследованных детей задания выполняли импульсивно, быстро, при этом допускали вспомогательные движения руками, головой, шаги делали быстро, наблюдались отступления от линии. 84% детей выполнили задание практически правильно.

Результаты детей 1 Б класса по данной методике также представлены в таблице (см.табл.11).

Таблица 11 – Результаты исследования детей 1 Б класса

задание	получили оценку в баллах			
	20 с.	19-15 с.	14-10 с.	9-0 с.
	0	1	2	3
Проба Ромберга (ступни ставятся рядом, глаза закрыты, руки вытянуты вперед, пальцы разведены): а) вспомогательные установки рук; б) тенденция к падению	28 %	40%	0	32%
Усложненная проба Ромберга (пятка приставлена к носку, глаза закрыты, руки вытянуты вперед, пальцы разведены): а) вспомогательные установки рук; б) тенденция к падению	28 %	40%	12%	20%

Продолжение таблицы 11

задание	получили оценку в баллах			
	20 с.	19-15 с.	14-10 с.	9-0 с.
	0	1	2	3
Стояние на правой ноге (руки опущены вниз, левая нога поднята и согнута в колене): а) вспомогательные установки рук; б) тенденция к падению	28 %	40%	12%	20%
Стояние на левой ноге (руки опущены вниз, правая нога поднята и согнута в колене): а) вспомогательные установки рук; б) тенденция к падению	28 %	40%	0	32%

Анализируя полученные результаты 1 Б класса, отмечается наличие признаков гиперактивности в поведении у 32 % детей.

Далее было проведено исследование по методике «Чередование движения конечностей», направленной на диагностику моторно-двигательного развития и гиперактивности детей. Представим протокол (таблица 12) исследования детей 1 А класса.

Таблица 12 – Результаты исследования детей 1 А класса

задание	движения головы, конечностей	орофациальные	зеркальные	гиперметрия движений	дизритмия движений
Постукивание носком стопы о пол: справа – слева	4%	4%	0	8%	0
Хлопки ладонью по колену: справа – слева	4%	4%	0	8%	0

Продолжение таблицы 12

задание	движения головы, конечностей	орофациальные	зеркальные	гиперметрия движений	дизритмия движений
Удары указательным пальцем о большой палец: справа– слева	4%	4%	0	8%	0
Последовательные удары 2 – 5-го пальцев о большой палец справа – слева	4%	4%	0	8%	0

Таким образом, у 4% детей 1 А класса отмечается наличие синкинезий, гиперметрии - у 8 %, орофациальные движения у 4%. Итого 16 % детей имеют нарушения моторно-двигательного развития и признаки гиперактивности в поведении.

Рассмотрим результаты детей 1 Б класса (таблица 13).

Таблица 13 – Результаты исследования детей экспериментальной группы

задание	движения головы, конечностей	орофациальные	зеркальные	гиперметрия движений	дизритмия движений
Постукивание носком стопы о пол: справа слева	8%	8%	0	8%	4%
Хлопки ладонью по колену: справа слева	8%	8%	0	8%	4%

Продолжение таблицы 13

задание	движения головы, конечностей	орофациальные	зеркальные	гиперметрия движений	дизритмия движений
Удары указательным пальцем о большой палец: справа слева	8%	8%	4%	4%	4%
Последовательные удары 2 – 5-го пальцев о большой палец справа слева	8%	8%	0	8%	4%

Полученные результаты детей 1 Б класса указывают на проблемы моторно-двигательного развития и наличие признаков гиперактивности в поведении у 32% детей, выражающиеся в дополнительных движениях конечностей, движении мимики лица, гиперметрии и дизритмии движений.

Таким образом, мы провели исследование поведения и произвольности внимания у младших школьников и выявили, что среди двух обследуемых классов есть дети, склонные к гиперактивности (16% - в 1 А классе и 32% - в 1 Б классе), следовательно, необходимо уделять должное внимание её снижению, чтобы дети данной категории имели возможность повысить концентрацию произвольного внимания и уровень моторно-двигательного развития, могли успешно решать учебные задачи.

2.3 Использование арт-терапии для снижения гиперактивного поведения младших школьников

На основании полученных результатов констатирующего эксперимента возникла необходимость разработки коррекционной программы, основанной на использовании методов арт-терапии. Данная программа направлена на снижение гиперактивного поведения детей младшего школьного возраста. В рамках предметов изобразительное искусство, технология и в работе кружка «Русский фольклор» были применены различные техники рисования с целью снижения гиперактивности, увеличения концентрации внимания, развития усидчивости.

Объектом психокоррекционной работы являются младшие школьники с признаками гиперактивного поведения.

Предмет: применение арт-терапия как средства коррекции гиперактивности.

Цель программы: снизить гиперактивность в поведении детей.

Задачи коррекционной работы:

- достичь эмоциональной разрядки;
- создать условия для самовыражения;
- улучшить произвольность внимания [21, с.526];
- установить и развить отношения партнерства между всеми членами детского коллектива;
- снизить напряжённость, выраженную моторную неловкость и зажатость;
- воспитывать терпеливость, терпеливость, сосредоточенность;
- воспитывать собранность и умение доводить начатое дело до конца.

Целесообразно представить план коррекционной программы таблица

14.

Таблица 14 – План коррекционной программы

модуль программы	задача	виды и методики коррекционно-развивающей работы	кол-во часов в модуле
Рисунок	Обучение рисованию в круге; развитие усидчивости и внимания	Изотерапия. Рисование в круге	1
	Обучение технике «Таинственные пятна»; создание условий для самовыражения, достичь эмоциональной разрядки.	Изотерапия, техника «Таинственные пятна»	1
	Обучение технике парного рисования; воспитание терпеливости, сосредоточенности ; умению работать в паре, достичь эмоциональной разрядки.	Изотерапия. Парное рисование. Монотипия	1
	Обучение технике «Рисование пальца ми»; развитие	Изотерапия, техника «Рисование пальцами»	1

Продолжение таблицы 14

модуль программы	задача	виды и методики коррекционно-развивающей работы	кол-во часов в модуле
	усидчивости и внимания, создание условий для самовыражения, достичь эмоциональной разрядки.		
«Русский фольклор»	Снижение напряжённости, гиперактивности, воспитание собранности и умения доводить начатое дело до конца.	Маскатерапия игротерапия	1
	Снижение напряжённости, выраженной моторной неловкости и зажатости, достичь эмоциональной разрядки.	Куклотерапия, сказкотерапия	1
	Воспитание терпеливости, собранности, ответственности, развитие устойчивого внимания	Игротерапия	1

Продолжение таблицы 14

модуль программы	задача	виды и методики коррекционно-развивающей работы	кол-во часов в модуле
	Создание условий для самовыражения, достичь эмоциональной разрядки.	сказкотерапия	1
Технология	Обучение приёму коллажирования, развитие произвольного внимания и усидчивости	коллажирование	1
	Снижение напряжения и расторможенности в поведении, достичь эмоциональной разрядки.	пескотерапия	1
	Учить работать с природным материалом, работать в паре, снижение зажатости и напряжённости, достичь эмоциональной разрядки.	Работа с природным материалом	1

Продолжение таблицы 14

модуль программы	задача	виды и методики коррекционно-развивающей работы	кол-во часов в модуле
	Обучение технике «Волшебный клубок», развитие усидчивости и внимания, создание условий для самовыражения	техника «Волшебный клубок»	1
Итоговая работа	Обучение самостоятельному выполнению поставленной задачи по модулю № 1	Изотерапия	1
	Обучение самостоятельному выполнению поставленной задачи по модулю № 2	Участие в театрализации отрывка сказки	1
	Обучение самостоятельному выполнению поставленной задачи по модулю № 3	Изготовление маски героя сказки	1
	Закрепление навыков совместной игры, снижение гиперактивности	игротерапия	1

В основу программы положены следующие психологические принципы:

- личностная ориентированность – направленность предлагаемого материала на личностные особенности школьников;
- рефлексивная направленность заданий – осмысление, анализ детьми своего опыта;
- системность – формирование и включение новых умений и навыков в практическую деятельность школьников;
- деятельностный принцип – организация активной деятельности младших школьников, в ходе которых складываются условия для формирования внутренней мотивации обучения;
- комплексность – включение в программу разнообразных приемов и методов формирования конструктивного поведения школьников.

Прогнозируемые результаты:

- снижение гиперактивности в поведении и выраженной моторной неловкости;
- повышение работоспособности;
- улучшение произвольности внимания;
- исчезновение дезадаптивных формы поведения внутри детского коллектива.

С целью проверки гипотезы исследования мы применяли методику арт-терапии только с детьми (14), имеющими признаки гиперактивного поведения по результатам констатирующего эксперимента.

Для творчества мы выбирали свободные и тематические темы - «Семья», «Любимое занятие», «На природе», «Мой город» и т.д. Также применяли образно-символическую изотерапию на основе рисования. В рамках этой работы мы анализировали абстрактные нравственные понятия: добро, зло, счастье, которые дети передавали в виде образов, также изображали эмоциональные состояния: радость, гнев, удивление.

Детям нравились задания на совместную деятельность: коллективное рисование, нацеленное на решение проблемы коммуникации со сверстниками. В этом направлении имела место и методика создания проекта.

Дети с интересом работали над индивидуальными и коллективными творческими «шедеврами», применяя нетрадиционные техники выполнения. Новые изобразительные способы мотивируют деятельность, направляют и удерживают внимание.

При работе с бумагой и красками мы применяли технику марания. Это приём нетрадиционного рисования, который способствует снижению агрессивности и гиперактивности у детей (Приложение 3). Техника марания основана на ритмичных движениях руки, случайности штрихов и мазков, размазывания и разбрызгивания красок. Марания по внешнему виду порой выглядят как неприемлемые действия с красками, однако, они позволяют ребёнку без опасений удовлетворить деструктивные влечения [33].

При использовании техники «кляксография», били согнуты листы пополам и снова разложены на столе. От сгиба с одной стороны дети хаотично наносили краску пятнами. Эта техника рисования эффективна при изображении настроения и творческой фантазии (Приложение К).

Широкое применение мы нашли технике рисования пальцами и ладонями. Некоторые дети опасались рисовать пальцами, поскольку в семье у этих детей установлены жесткие социальные нормы поведения, направленные на раннее когнитивное развитие.

На уроках технологии дети с удовольствием работали с сыпучими материалами и клеем ПВА. На лист бумаги клеем наносили рисунок. Затем посыпали сахаром, мелкими крупами, песком и стряхивали лишний, не приклеенный материал с листа. Эта техника создания изображений подходит детям с выраженной моторной неловкостью, негативизмом, зажатостью, способствует процессу адаптации в новом пространстве, дарит чувство успешности [12].

Наравне с вышеописанными техниками мы применяли с младшими школьниками технику «Волшебный клубок», направленную на развитие воображения и фантазии (Приложение К). В работе использовались клубки из разноцветных ниток и лист плотной бумаги. Данную технику можно хорошо применять для детей с гиперактивным поведением, импульсивных и даже агрессивных.

Приёмы и техники создания изображений выступают для детей, как способ постижения своих возможностей и окружающей действительности, способ моделирования взаимоотношений и выражения различного рода эмоций, как положительных, так и отрицательных, выступает средством для снижения психоэмоционального напряжения, гиперактивности и тревожности.

Таким образом, нами была разработана и апробирована коррекционная программа на основе использования методов арт-терапии. Применение методов и приёмов арт-терапии с детьми младшего школьного возраста в рамках коррекционно-развивающего процесса снижает гиперактивность и агрессию в поведении, способствует повышению произвольности внимания, нормализации их эмоционального состояния, развитию коммуникативных навыков и волевых качеств, что существенно повышает социальную адаптацию и облегчает интеграцию в социум.

2.4 Описание результатов экспериментального исследования возможностей использования арт-терапии для коррекции гиперактивности у детей младшего школьного возраста

При осуществлении итогового оценивания результатов работы с детьми младшего школьного возраста был использован комплекс диагностических методик, что и на констатирующем этапе эксперимента. В повторном психодиагностическом обследовании приняли участие дети (с признаками гиперактивности по результатам констатирующего

эксперимента), которые участвовали в апробации представленной выше коррекционной программы.

Беседа с детьми была направлена на выяснение их отношения к применяемой на занятиях методики арт-терапии, об их отношении к рисованию. В ходе беседы было выявлено, что многие дети дослушивали вопросы до конца и давали чёткие ответы. Уменьшилось количество детей, которые в ходе беседы были нетерпеливы, двигательно беспокойны.

В ходе стандартизированного наблюдения мы отслеживали поведение детей при работе на уроках, во время перемен, во время проведения кружка «Русский фольклор». Результаты наших наблюдений за детьми были оформлены в виде таблицы (Приложение М).

Анализируя полученные результаты, следуют выводы:

- 100% обследуемых детей имеют явные положительные изменения в развитии произвольного внимания и моторно-двигательного развития;
- у 12 детей (85%) уменьшилось количество признаков, относящихся к гиперактивности;
- у 3 детей (21%) остались проблемы с развитием произвольного внимания, но критической отметки они не достигают и не могут служить для постановки диагноза – СДВГ;
- у 2 детей (14%) – наблюдаются признаки гиперактивного поведения.

Таким образом, отмечается положительная динамика в снижении гиперактивности в поведении младших школьников и повышение произвольности внимания.

Далее была проведена диагностика уровня произвольности внимания по методике «Вежливость». Результаты представлены в таблице 15.

Таблица 15 – Результаты диагностики произвольности внимания детей на контрольном этапе эксперимента

Уровень выполнения	Количество допущенных ошибок	Количество обследуемых детей в %
хороший	0	41
средний	1	28
низкий	более 1	21

Результаты детей наглядно представим в сравнении в виде диаграммы на рисунке 3.

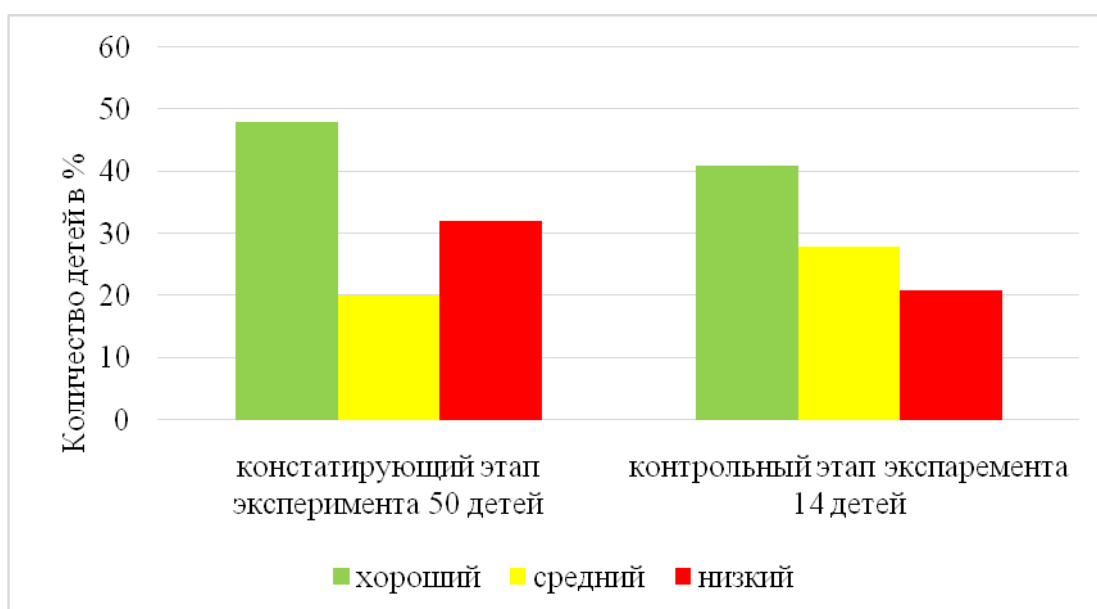


Рисунок 3 – Уровень произвольности внимания детей в сравнении

Таким образом, увеличилось количество младших школьников, показавших хороший уровень произвольности внимания и моторно-двигательного развития. Показатель детей, имеющих низкий уровень, значительно снизился. Имеет место быть положительная динамика развития произвольности внимания и моторно-двигательного развития.

Далее была проведена диагностика уровня концентрации внимания и моторно-двигательного развития детей по методике «Обведение контура». Результаты детей представлены в таблице 16.

Таблица 16 – Результаты детей на контрольном этапе эксперимента

количество детей было	количество детей стало	уровень концентрации внимания
0	0	очень высокий
0	0	высокий
2	7	средний
7	6	низкий
5	0	очень низкий

Анализируя полученные данные, следуют выводы:

- исчез показатель количества детей, показавших очень низкий уровень произвольности внимания и моторно-двигательного развития;
- на 5 человек увеличилось количество обследуемых детей, показавших средний уровень произвольности внимания и моторно-двигательного развития.

Динамику моторно-двигательного развития концентрации внимания отразим в диаграмме на рисунке 4.

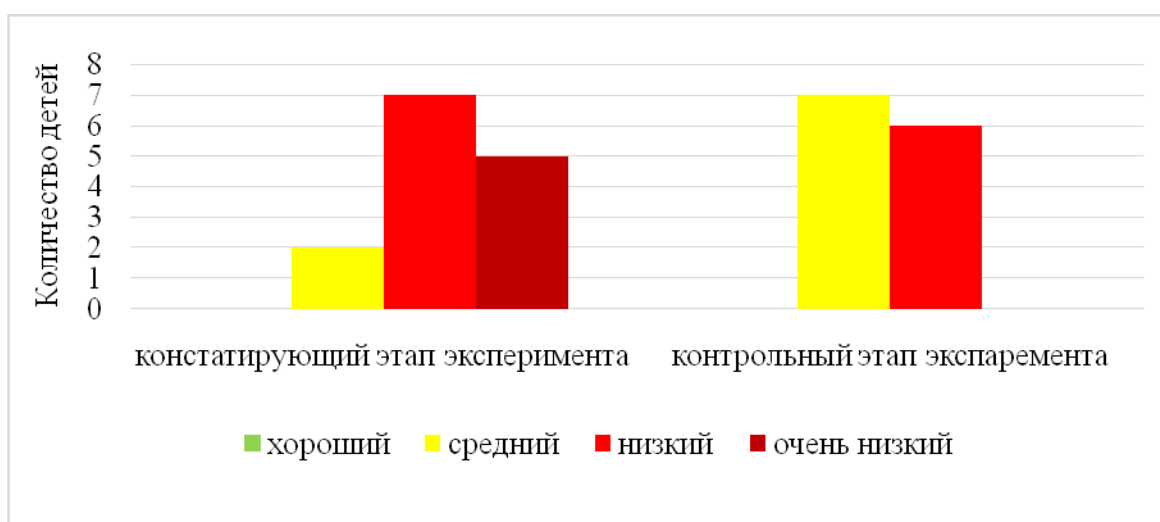


Рисунок 4 – Уровень моторно-двигательного развития концентрации внимания детей в сравнении

По методикам «Ходьба по линии и удерживание равновесия» и «Чередование движения конечностей» отмечается наличие гиперактивности в поведении у 8 % детей, что на 16% (4 ребёнка) ниже, чем на констатирующем этапе эксперимента. Результаты представлены в таблице 17.

Таблица 17 – Результаты исследования детей на контрольном этапе эксперимента

задание	движения головы, конечностей	орофациальные	зеркальные	гиперметрия движений	дизритмия движений
Постукивание носком стопы о пол: справа слева	8%	4%	0	8%	0
Хлопки ладонью по колену: справа слева	8%	4%	0	8%	0
Удары указательным пальцем о большой палец: справа слева	8%	4%	4%	4%	0
Последовательные удары 2 – 5-го пальцев о большой палец справа слева	8%	4%	0	8%	0

Полученные результаты детей указывают на некоторые улучшения в развитии моторно-двигательной сферы; так на 8 % (2 ребёнка) уменьшилось количество детей, у которых при выполнении упражнений наблюдалось движение мимики лица, исчезло количество детей, у которых наблюдалась дизритмия движений.

Таким образом, после применения методик арт-терапии в течение нескольких месяцев наблюдается положительная динамика в развитии произвольного внимания и моторно-двигательном развитии младших школьников.

Из повторно проведённых экспериментов видны положительные изменения у всех детей экспериментальной группы:

- повышение уровня развития произвольного внимания;
- снижение гиперактивности в поведении;
- повышение уровня самоконтроля.

Таким образом, можно заключить, что использование арт-терапии позволило снизить гиперактивность в поведении детей младшего школьного возраста, что полностью подтверждает гипотезу нашего исследования.

Полученные результаты отмечают эффективность проделанной нами работы, но за короткий период работы невозможно добиться 100% положительных результатов. Но даже достигнутые нами положительные изменения в развитии детей позволяют отметить продуктивное влияние арт-терапии на развитие произвольного внимания и моторно-двигательного развития детей.

Выводы по второй главе

Отмечено, чем выше у ребёнка склонность к гиперактивному поведению, тем ниже у него уровень концентрации внимания и моторно-двигательного развития;

На констатирующем этапе эксперимента у детей 1А и 1 Б классов отмечаются чёткие признаки гиперактивного поведения и дефицита внимания. По результатам методики «Вежливость» у обследуемых детей - низкий уровень продуктивности внимания, по результатам методики «Обведение контура» у этих детей очень низкий и низкий уровни концентрации внимания и моторно-двигательного развития;

В рамках формирующего этапа эксперимента была разработана и апробирована в экспериментальной группе развивающая программа на основе применения арт-терапии, а также была включена деятельность кружка «Русский фольклор»;

По результатам контрольного этапа эксперимента наблюдается положительная динамика у детей экспериментальной группы: повысился уровень продуктивности и концентрации внимания, улучшилось моторно-двигательное развитие;

Наша гипотеза о том, что использование арт-терапии позволит снизить гиперактивность в поведении детей младшего школьного возраста, в частности: стабилизировать произвольное внимание, повысить уровень самоконтроля, снизить моторно-двигательное напряжение, полностью подтвердилась.

Заключение

Проведенное нами исследование свидетельствует, что внимание как один из самых важных психических процессов является значимой характеристикой познавательной и эмоционально-волевой сфер. Исследователи подчеркивают существенную роль внимания в выполнении учебной и трудовой деятельности, а также в регулировании моторно-двигательной деятельности человека. Среди основных недостатков внимания младших школьников с гиперактивностью отмечают нарушение произвольности.

Таким образом, при недостаточном развитии произвольного внимания, страдает моторно-двигательная сфера. В то же время возможно снижение гиперактивного поведения детей посредством применения различных передовых методик, а именно арт-терапии.

Данный метод психологической коррекции обусловлен развитием и раскрытием личности ребенка через художественную деятельность и объединяет в себе психолого- педагогические и медицинские знания. На внутренний мир ребенка оказывает благотворное влияние любое творческое занятие, поскольку развитие происходит в деятельности, что лежит именно в основе арт-терапевтического воздействия.

Арт-терапия сегодня приобретает всё большую популярность. В её рамках ребёнок использует для творчества различные материалы, которые помогают ему творить и созидать, высказывать свои опасения, страхи и проблемы. Поэтому, терапия посредством творчества является достаточно прогрессивным и востребованным направлением. Арт-терапия использует знания других наук как дополнение, нанесённое на канву творчества, и в ближайшее время займёт достойное место среди других терапевтических методов.

Целью нашей исследовательской работы выступало исследование возможности применения арт-терапии для снижения гиперактивного поведения детей младшего школьного возраста.

В ходе исследования были решены следующие задачи:

- осуществлён анализ сущности синдрома дефицита внимания и гиперактивности и его влияния на развитие детей младшего школьного возраста;
- теоретически обосновано использование метода арт-терапии как средства снижения гиперактивности детей младшего школьного возраста;
- проведено исследование проявлений гиперактивности у детей младшего школьного возраста;
- разработана и апробирована коррекционная программа по снижению гиперактивности в поведении детей младшего школьного возраста;
- установлена эффективность применения методов арт-терапии на формирующем этапе эксперимента.

Таким образом, наша гипотеза об использовании арт-терапии для снижения гиперактивности в поведении детей младшего школьного возраста, полностью подтвердилась. Даже самая небольшая положительная динамика в результатах позволяет говорить о продуктивном влиянии арт-терапии на развитие произвольного внимания и моторно-двигательное развитие ребёнка.

Список используемой литературы

1. Альтхерр П. Гиперактивные дети: коррекция психомоторного развития: учебное пособие для студентов вузов / под ред. М. Пассольта; пер. с нем. В.Т. Алтухова. М.: Академия, 2004. 158 с.
2. Арт-терапия - новые горизонты / под ред. А. И. Копытина. М.: Когито-Центр, 2009. 336 с.
3. Бадалян Л.О., Заваденко Н.Н. Синдромы дефицита внимания у детей // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. СПб., 1993. № 3. 95 с.
4. Байдуганова А.Ю., Щербак Я.К. Гиперактивность младших школьников как проблема детской психологии // Международный студенческий научный вестник. 2017. № 48. 240 с. URL <https://scienceforum.ru>. (дата обращения: 10.03.2021).
5. Безруких М.М. Ребенок-непоседа. М.: Вента-Граф, 2006. 64 с.
6. Белоусова Е.Д., Никифорова М.Ю. Синдром дефицита внимания / гиперактивности. / Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2000. № 3. 42 с.
7. Бокова А.А. Арт-терапия // Научно-методический электронный журнал «Концепт». 2016. т.11. 210 с. URL: <http://e-koncept.ru/2016/86429.htm>. (дата обращения: 27.02.2021).
8. Брызгунов И.П., Касатикова Е.В. Дефицит внимания с гиперактивностью у детей. М.: Медпрактика, 2002. 64 с.
9. Васик Н.В. Детская арт-терапия и её использование // Молодой ученый. 2017. № 45. 223 с. URL <https://moluch.ru/archive/179/46303/> (дата обращения: 25.02.2021).
10. Гуткина Н.И. Психологическая готовность к школе. М.: Академический Проект, 2000. 3-е изд., перераб. И доп. С.184 -188.

11. Дробинская А.О. Синдром гиперактивности с дефицитом внимания // Дефектология. № 3. 2013. 86 с.
12. Евсеева О.М. Особенности работы с гиперактивными детьми // Молодой ученый. 2017. № 27. 125. URL <https://moluch.ru/archive/161/41370/> (дата обращения: 25.02.2021).
13. Заваденко Н.Н., Суворинова Н.Ю., Румянцева М.В. Гиперактивность с дефицитом внимания: факторы риска, возрастная динамика, особенности диагностики // Дефектология, 2003. № 6. 39 с.
14. Кащенко В.П. Педагогическая коррекция: Кн. для учителя. 2-е изд. М.: Просвещение, 1994. 223 с.
15. Киселева М.В. Арт-терапия в работе с детьми. СПб.: Речь, 2006. 15 с.
16. Ковина Е.П. Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей младшего школьного возраста / Открытый педагогический форум "Новая школа" ООО «Школьная Пресса» 2014. 139 с.: URL <http://forum.schoolpress.ru/article/0/1198>. (дата обращения: 20.02.2021).
17. Козина А.Н. Гиперактивные дети и работа с ними // Молодой ученый. 2014. №18. 583 с. URL <https://moluch.ru/archive/77/13290/> (дата обращения: 25.02.2021).
18. Копытин А.И., Свистовская Е.Е. Арт-терапевтические методы, используемые с детьми и подростками: обзор современных публикаций // Журнал практической психологии и психоанализа. 2014. № 3. 5с.
19. Копытин А.И. Арт-терапия детей и подростков. М.: Когито-Центр, 2010. 197 с.
20. Копытин А.И. Теория и практика арт-терапии. СПб.: Питер, 2012. 97 с.
21. Копытин А.И. Современная клиническая арт-терапия: учебное пособие. М.: Когито-Центр, 2015. 526 с.
22. Кошелевой А.Д., Алексеевой Л.С. Научно-методическое пособие «Диагностика и коррекция гиперактивности ребенка». М., 1997. 64 с.

23. Крамер Э. Арт-терапия с детьми. М.: Владос, 2013. 320 с.
24. Красов В.А. Гипердинамический синдром у детей младшего школьного возраста. Автореф. канд. дис. канд. мед. наук. М., 1989. 35 с.
25. Кузнецова Л.Э., Гладько В.В. Психологические особенности детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности, условия их психокоррекции // Молодой ученый. 2016. №7. С. 327-331. URL <https://moluch.ru/archive/111/27644/> (дата обращения: 25.02.2021).
26. Лебедева Л.Д. Практика арт-терапии: подходы, диагностика, система занятий. СПб.: Речь, 2009. 54 с.
27. Лебедева Л.Д. Педагогические основы арт-терапии // Институт развития образования. СПб.: ЛОИРО, 2000. 200 с.
28. Мамедова Л.В., Велькер А.А. Исследование особенностей развития гиперактивных детей старшего дошкольного возраста // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2015. № 12-2. 344 с. URL: <https://applied-research.ru/ru/article/view?id=7919> (дата обращения: 25.02.2021).
29. Медведева Е.А. Артпедагогика и арттерапия в специальном образовании. М.: Издательский центр «Академия», 2015. 246 с.
30. Международная классификация болезней. Классификация психических и поведенческих расстройств. СПб.: Адис, 1994. 272 с.
31. Мэй Р. Краткое изложение и синтез теорий тревожности // Тревога и тревожность: хрестоматия; сост. В. М. Астапов. СПб.: Питер, 2001. С. 223–231.
32. Никитин В.Н. Арт-терапия: учебное пособие. М.: Когито-Центр, 2014. 328 с.
33. Платонова А.В. Арт-терапия в работе психолога // Научный электронный журнал Вестник Совета молодых учёных и специалистов Челябинской области. 2014. № 6. 320 с. URL: <https://cyberleninka.ru> (дата обращения: 28.02.2021).

34. Сатари В.В., Немкова С.А. Современные принципы диагностики и коррекции синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей // Управление начальной школой. 2010. № 10. 11с.
35. Семенова А.Л. Проблема гиперактивности школьников и опыт её решения // Научное сообщество студентов XXI столетия. Гуманитарные науки: сб. ст. по мат. X междунар. студ. науч.- практ. конф. 2013. № 10. URL: sibac.info/archive/humanities/10.pdf (дата обращения: 20.02.2021).
36. Сокольникова Н.М. История изобразительного искусства: учеб. для студентов высших педагогических учебных заведений: в 2 т. 2-е изд., стер. М.: Академия, 2007. Т. 1. 296 с.
37. Степанов С.А. Гиперактивность // Школьный психолог: 2014. 69 с. Режим доступа к журн.: <http://psinovo.ru/stati/giperaktivnost.html>. (дата обращения: 25.02.2021).
38. Сунцова Т.А. Гиперактивный ребенок // Молодой ученый. 2018. № 13. 64 с. URL <https://moluch.ru/archive/199/49154/> (дата обращения: 25.02.2021).
39. Феденко А.Ю., Шемет О.В. Арт-терапия в работе с дошкольниками // Молодой ученый. 2017. № 52. С. 207-210. URL <https://moluch.ru/archive/186/47555/> (дата обращения: 21.02.2021).
40. Федоренко Е.Ю., Логинова Н.Ф. Проблемы гиперактивных детей в школе. Красноярск: Красноярский государственный университет, 2003. 23 с.
41. Фрейд З. Введение в психоанализ. Лекции. М.: Наука, 1989. 456 с.
42. Чутко Л.С. Синдром нарушения внимания с гиперактивностью у детей и подростков. СПб.: МАПО, 2004. 112 с.
43. Шабаркина А.С. Психологические особенности гиперактивных детей младшего школьного возраста. влияние гиперактивности на успеваемость // Материалы IX Международной студенческой научной конференции «Студенческий научный форум»

44. Шольц Ф. Недостатки в характере ребенка или Вторая золотая Книжка. Киев. 1983. 5 с.

45. Яскова О. Гиперактивность как психологический диагноз: особенности гиперактивного ребенка // Дошкольное воспитание, 2009. № 8. 113 с.

46. Betker C Environmental Strategies for Managing Attention Deficit Hyperactivity Disorder. J Child Deviation Disorders / Betker C Canada, Carla Betker Press., 2017, p.217.

47. Blackman J.A. Attention deficit hyperactivity disorder in preschoolers: does it exist and should we treat it? *Pediatr. Clin. NorthAm.* 1999; 46 (5): 10-25.

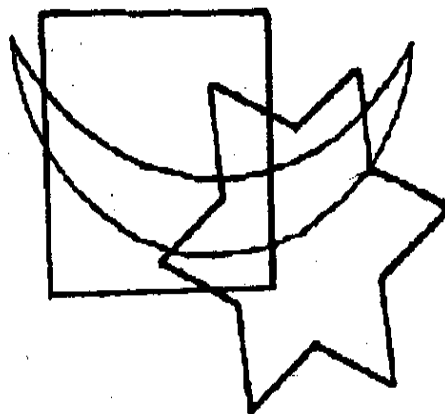
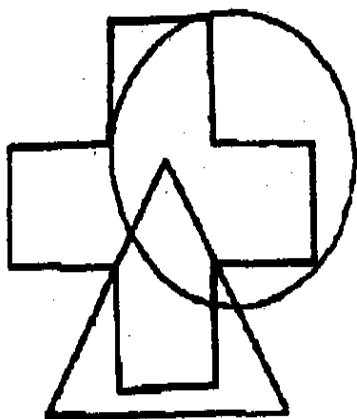
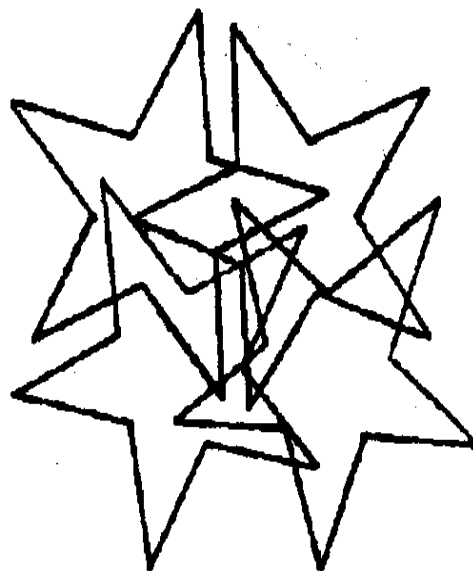
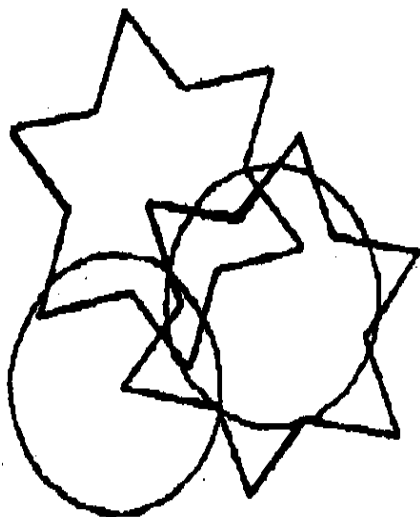
48. Bruner J. *Psychology of knowledge*. NewYork. p.234.

49. Landret G.L., Sweeney S.S. Child-centered play therapy: group work. *JournalofPracticalPsychologyandPsychoanalysis*. 2007. p.11.

50. Small S. Attention-Deficit/Hyperactivity disorder: general education elementary school teacher's knowledge, training and ratings of acceptability of interventions. *WordPress*, / Small S. NewYork, 2019. p.395.

Приложение А

Диагностический материал к методике «Обведи контуры»



Приложение Б

Критерии оценки выполнения задания

Характеристика выполнения задания	Количество баллов
затрачено на выполнение менее 90 сек, при этом все линии прямые и правильно соединяют углы фигур. Все линии проведены по заданным контурам.	10
на выполнение задания ушло от 90 до 105 сек. В рамках выполнения могут иметь место следующие недостатки: 1 - 2 линии не вполне прямые; в 2 – 3 случаях начертанные линии не вполне правильно соединяют углы фигур; от 2 - 4 линий выходят за пределы контура; от 4-5 углов соединены неточно.	8-9
на выполнение задания ушло от 105 до 120 сек. При этом обнаружен хотя бы один из следующих недочетов: 3-4 линии не прямые; от 5 - 6 углов соединены не вполне точно; от 5 - 6 линий выходят за пределы контура; от 6 – 7 углов соединены не вполне точно.	6-7
на выполнение задания затрачено от 120 до 135 сек. Имеется хотя бы один из следующих недочетов: 5 – 6 линий не являются вполне прямыми; от 7 – 10 углов соединены не вполне правильно; есть 7 – 8 линий, которые не являются вполне прямыми; имеется от 8-10 углов, которые соединены не вполне точно.	4-5
на выполнение задания ушло от 135 до 150 сек. Отмечен хотя бы один из следующих недостатков: от 7-10 линий не прямые; от 11 - 20 углов соединены не вполне правильно; от 9 - 18 линий выходят за пределы контура; от 11 – 17 углов соединены не вполне правильно.	2-3
на выполнение задания ушло более 150 сек. Почти все линии, за исключением 1 - 2, не являются прямыми; почти все углы, за исключением одного или двух, соединены неправильно.	0-1

Приложение В

Задания к методике Н.Н. Заваденко «Ходьба по линии и удерживание равновесия»

№	Задание	Избыточные движения: 0 баллов – нет 1 балл - есть	Оценка в баллах (число ошибок)
1	Ходьба на носках, руки опущены вниз	0 1	0 1 2 3 4 5 6 7
2	Ходьба на пятках, руки опущены вниз	0 1	0 1 2 3 4 5 6 7
3	Ходьба приставными шагами вперед. Пятка ставится к носку, руки разведены в стороны	0 1	0 1 2 3 4 5 6 7
4	Ходьба приставными шагами назад (спиной), носок ставится к пятке, руки разведены в стороны	0 1	0 1 2 3 4 5 6 7

Приложение Г

Результаты исследования моторики и координации движений у

здоровых мальчиков, $M \pm \sigma$

(M – средняя величина, σ – стандартное
отклонение)

Исследованные показатели	5-6 лет, n = 19	7-8 лет, n = 34	9-10 лет n = 28	11-12 лет n = 42	13-14 лет n = 46
Оценка (в баллах)					
Общая сумма баллов	26,6±4,6	16,4±0,1	10,0±6,0	9,9±4,6	8,0±4,0
Раздел 1. Задания на ходьбу и равновесие	11,3±4,9	5,8±3,1	3,5±2,7	4,1±2,3	2,6±1,9
Раздел 2. Задание на чередование движений	15,7±5,3	10,6±5,0	6,7±5,6	6,0±3,1	5,4±3,3
Время выполнения 20 последовательных движений (в сек)					
Постукивания носком стопы справа слева	9,5±2,4 9,2±2,0	8,0±2,0 8,3±2,2	6,9±1,5 6,9±1,2	6,5±1,5 6,9±1,8	6,2±1,5 6,2±1,7
Хлопки ладонью по колену справа слева	7,3±1,4 7,3±1,1	7,3±2,0 7,0±2,1	5,3±1,5 5,2±1,7	6,1±1,5 6,3±1,7	6,0±1,5 6,0±1,6
Удары указательного пальца о большой палец справа слева	8,1±1,3 8,1±1,4	7,5±1,5 7,4±1,8	6,5±1,4 6,3±1,7	6,3±1,4 6,4±2,1	5,8±1,4 5,7±1,5
Последовательные удары 2-5 пальцев о большой палец справа слева	15,4±4,0 16,3±4,4	14,0±2,8 13,9±3,4	11,9±3,0 11,3±3,5	8,4±1,8 7,7±2,1	7,4±2,0 7,1±2,3

Результаты исследования моторики и координации движений у

здоровых девочек, $M \pm \sigma$

(M – средняя величина, σ – стандартное отклонение)

Исследованные показатели	5-6 лет, n = 25	7-8 лет, n = 28	9-10 лет n = 20	11-12 лет n = 42	13-14 лет n = 47
Оценка (в баллах)					
Общая сумма баллов	22,7±8,9	14,2±6,0	9,1±5,5	7,6±4,1	7,6±4,1
Раздел 1. Задания на ходьбу и равновесие	10,3±7,1	5,1±4,4	4,2±3,1	3,6±2,3	2,7±2,2
Раздел 2. Задание на чередование движений	12,4±5,3	9,0±4,1	4,9±3,8	4,0±2,9	3,6±2,5

Продолжение приложения Г

Время выполнения 20 последовательных движений (в сек)					
Постукивания носком стопы	8,9±2,8	8,0±2,0	6,9±1,5	6,5±1,5	6,2±1,5
справа	8,7±2,6	7,5±1,1	6,5±1,3	6,8±1,6	6,0±1,6
слева					
Хлопки ладонью по колену	7,2±1,2	6,5±1,4	5,8±1,6	6,4±1,7	5,9±1,6
справа	7,0±1,1	6,4±1,5	5,5±1,5	6,6±1,8	6,1±1,8
слева					
Удары указательного пальца о	7,9±1,7	7,7±1,6	6,0±1,8	6,6±1,4	6,2±1,3
большой палец	7,6±1,7	7,7±1,8	6,1±1,6	6,3±1,5	5,9±1,4
справа					
слева					
Последовательные удары 2-5	15,2±3,3	12,9±2,9	9,3±3,2	7,8±1,5	7,0±1,5
пальцев о большой палец	15,4±3,8	12,6±3,4	9,0±3,3	7,6±1,8	6,6±1,4
справа					
слева					

Приложение Д

Карта наблюдений за деятельностью детей 1 А класса

ИФ ребёнка	Ребёнок суетлив	Не способен усидеть на одном месте	Много, но нецеленаправленно двигается	Не может спокойно играть на досуге.	Ведёт себя как «вечный двигатель»	Болтлив	Отвечает, не дослушав вопрос	С трудом дожидается своей очереди	Мешает окружающим, пристаёт	Ребёнок не может сосредоточиться	Ему трудно поддерживать внимание	Легко отвлекается	Не может до конца закончить поставленную задачу	Слушает, но кажется, что не слышит	Избегает выполнения задач, требующих	Плохо организован.	Часто теряет личные вещи	Забывчив
Зарина С	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	+	+
Иван Т.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Алина Г.	-	-	-	-	+	-	+	-	-	+	+	+	+	-	+	+	-	-
Фёдор С.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Анатолий В.	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	+	-	+	-	-	+	+
Юлия Д.	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	-	+	+	-	+	+	-	+
Дима М.	-	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-
Люда Ф.	-	-	+	-	-	-	-	+	-	-	-	+	-	+	-	-	-	-
Ирина А.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+
Зоя Ч.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Николь Н.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-
Сергей У.	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Алексей Б.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-
Иван Т.	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Зина Г.	+	+	+	+	+	+	-	+	-	+	+	+	+	+	+	+	-	+
Виктор Ш.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+
Руслан Х.	-	-	-	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-
Лида З.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+

Продолжение приложения Д

Валя Л.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Карина С.	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+
Рита М.	-	-	-	-	+	+	-	-	-	+	+	+	-	+	-	+	-	-
Гена Ф.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Алёна М.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Олег Ш.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+
Тимур Ю.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+

Приложение Ж

Карта наблюдений за деятельностью детей 1 Б класса

ИФ ребёнка	Ребёнок суетлив	Не способен усидеть на одном месте	Много, но нецеленаправленно двигается	Не может спокойно играть на досуге.	Ведёт себя как «вечный двигатель»	Болтлив	Отвечает, не дослушав вопрос	С трудом дожидается своей очереди	Мешает окружающим, пристаёт	Ребёнок не может сосредоточиться	Ему трудно поддерживать внимание	Легко отвлекается	Не может до конца закончить поставленную задачу	Слушает, но кажется, что не слышит	Избегает выполнения задач, требующих	Плохо организован.	Часто теряет личные вещи	Забывчив
Ирина Л.	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	+	+
Алексей П.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Светлана Т.	+	+	+	-	+	+	+	-	-	+	+	+	+	-	+	+	-	+
Борис Р.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Андрей А.	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	+	-	+	-	-	+	+
Костя С.	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	-	+	+	-	+	+	-	+
Анна В.	-	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-
Нина К.	-	-	+	-	-	-	-	+	-	-	-	+	-	+	-	-	-	-
Анна Н.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+
София Г.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Юлия З.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-
Пётр Ш.	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Иван Л.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-
Андрей И.	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Сергей Ф.	+	+	+	+	+	+	-	+	-	+	+	+	+	+	+	+	-	+
Ирина Б.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+
Ольга С.	-	-	-	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-
Иван Д.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+
Наташа Ш.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Продолжение приложения Ж

Талгат М.	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+
Мария М.	+	+	+	-	+	+	-	+	-	+	+	+	+	+	+	+	-	+
Сергей И.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Настя Г.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Игорь Т.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+
Алекса ндр А.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+

Приложение 3

Работа по технике марания



Приложение К

Работа пальцами и ладонями по методу изотерapia



Приложение Л

Работа по технике «Волшебный клубок»



Приложение М

Карта наблюдений за деятельностью детей на контрольном этапе эксперимента

ИФ ребёнка	Ребёнок суетлив	Не способен усидеть на одном месте	Много, но нецеленаправленно двига-	Не может спокойно играть на досуге.	Ведёт себя как «вечный двигатель»	Болтлив	Отвечает, не дослушав вопрос	С трудом дожидается своей очереди	Мешает окружающим, пристаёт	Ребёнок не может сосредоточиться	Ему трудно поддерживать внимание	Легко отвлекается	Не может до конца закончить поставленную задачу	Слушает, но кажется, что не слышит	Избегает выполнения задач, требующих	Плохо организован.	Часто теряет личные вещи	Забывчив
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
Юлия Д.	-	-	-	-	-	+	+	+	-	+	-	+	+	-	+	+	-	+
Ирина А.	-	-	-	-	+	+	-	+	+	+	+	+	+	-	+	+	-	+
Иван Т.	-	-	-	-	+	+	+	-	-	-	-	+	+	-	+	+	-	-
Зина Г.	-	-	-	-	+	+	-	-	-	+		+	+	-	-	+	-	+
Олег Ш.	-	-	-	-	+	+	+	-	-	-	-	+	+	-		+	-	+
Тимур Ю.	-	-	-	-	+	+	+	-	+	-	+	+	+	-	+	+	-	+
Светлана Т.	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-	-	+	+	-	-	+	-	+
Костя С.	-	-	-	-	+	+	-	+	-	+	-	-	-	-	+	-	-	-
Анна Н.	-	-	-	-	+	+	-	+	-	+	+	+	+	-	+	+	-	+
Андрей И.	-	-	-	-	+	+	+	+	-	+	-	+	-	-	-	+	-	+
Сергей Ф.	-	-	-	-	+	+	-	+	-	-	-	+	+	-	-	+	-	+
Мария М.	-	-	-	-	+	-	+	-	+	-	-	-	+	-	+	+	-	-
Игорь Т.	-	-	-	+	+	+		-	-	-	-	+	+	+	-	-	-	+
Александр А.	-	-	+	+	-	+	+	-	-	-	+	-	+	-	+	-	-	+